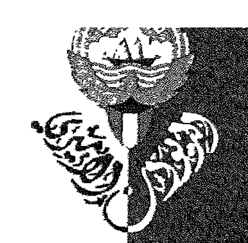


مكتب الإنماء الاجتماعي
إدارة البحوث والدراسات

الإضطرابات التالية للأحداث الصدمية

دراسة إبديمولوجية



الطبعة الأولى
٢٠٠٠



مكتب الإنماء الاجتماعي
ادارة البحوث والدراسات

الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية

دراسة إيبديمولوجية

الطبعة الأولى
٢٠٠٠



فهرسة مكتبة الكويت الوطنية أثناء النشر

الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية/ إعداد مكتب الإنماء الاجتماعي، إدارة البحوث والدراسات ٢٠٠٠م

١٦٢ص، ٢٤×١٧ سم.

البيليوجرافيا: ص ص

ردمك: ٧- ٠٣- ٣٣- ٩٩٩٠٦

١- سيكولوجية الجماعات. ٢- الايديولوجيا. ٣- الصدمات النفسية. ٤- الصحة النفسية.

٥- آثار العدوان العراقي على الكويت.

أ.مكتب الإنماء الاجتماعي، إدارة البحوث والدراسات، الديوان الأميري

ديوي ١٥٥,٩٣٥

ردمك ٧- ٠٣- ٣٣- ٩٩٩٠٣

بسم الله الرحمن الرحيم



أعضاء فريق العمل

أ.د. أحمد عبد الخالق

أ.د. محمد رفقي

عادل عباس

أحمد الزيد

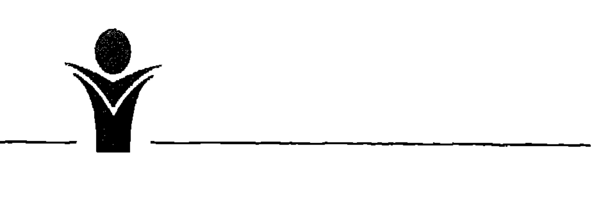
ريما الصمصام

نهلة عبد السلام

إيمان عجور



فهرس المحتويات



Converted by Tiff Combine - (no stamps are applied by registered version)



تقديم

لقد حظي مجال البحث في الاضطرابات التالية للصدمات باهتمام العديد من الباحثين، وقد اقتصرت الدراسات التي أُجريت للتعامل مع الآثار الناجمة عن العدوان العراقي الآثم على دولة الكويت على دراسة الآثار النفسية والبيئية فحسب، ولما كانت الاضطرابات التالية للصدمات بمفهومها الشامل يمكن أن تكون سبباً لكثير من الأمراض الاجتماعية، والانحرافات النفسية والسلوكية، كما أنها لطبيعتها الانتشارية تشكل بعدا قابلا للدراسة والمتابعة.

وقد اتسمت هذه الدراسة بأهمية خاصة من خلال ماتناولته من أمور وقضايا، لتكون ذات فائدة للمعالجين النفسيين أو العاملين في مجال الطب النفسي أو الإرشاد النفسي أو في مجالات الخدمة الاجتماعية، فضلا عن أنها تفتح الباب أمام الدارسين والباحثين في مجال علم النفس والإرشاد النفسي قاعدة خصبة للدراسة أو البحث أو إعداد البرامج التدريبية التطبيقية، ويرجع ذلك إلى أن هذه الدراسة قد تناولت موضوع اضطرابات الصدمة من جوانب متعددة.



فلم تقتصر الدراسة على التعامل مع اضطرابات ما بعد الصدمة على الجوانب النفسية أو الاجتماعية أو التربوية فحسب، بل تناولت الدراسة مدى انتشار الأحداث الصدمية ونوعيتها، وتحديد أولوياتها في التأثير، والعوامل المتداخلة في تحديد مدى الأثر الاضطرابي للحدث الصدمي وأنماط المشكلات النفسية والاجتماعية التي ترتبط بتلك الأحداث الصدمية، فضلا عن استراتيجيات الوقاية والتقدير والعلاج الممكنة أو المتاحة لرفع المعاناة الناتجة عن تلك الأحداث.

ونخلص من مراجعة الدراسات السابقة إلى أن الباحثين على الساحة العربية وجهوا جل اهتمامهم لتعرف الآثار النفسية والاجتماعية للكوارث العامة، التي تمثلت في حروب داخلية أو كوارث بيئية، وأشاروا ضمنا إلى أن حدة الأثر ارتبطت بنوعية الصدمة وبعض المتغيرات الشخصية الديمغرافية، ولكنهم لم يتعرضوا لمفردات تدخل ضمن تعريف الصدمة باعتبارها حدثا يخرج عن نطاق الخبرة الاعتيادية للفرد، مما يضيق دائرة التشخيص والعلاج، ومن ثم يقلل من فرص الإنماء الاجتماعي، ويبعدنا عن بعض المتغيرات التي تتداخل في تحديد العلاج لفئات متعددة في المجتمع، لذا فقد كان على الباحث أن يغوص في



البحث بجوانب الصدمات وسمات الضحايا وأساليب التكييف وإمكانات استثمار جوانب المحنة...... ويترك الباب مفتوحا لأبحاث كثيرة ذات معايير وأدوات مستخدمة دون إخلال بالمجهود السابق، والجديد في هذا الدراسة أنها بيانات امبريقية من إطار تأويلي جديد لواقع المواقف الصدمية من خلال ما أفرزته التوجهات الحديثة والتطورات في هذا المجال على نحو يشير إلى أهمية التعامل مع الاضطرابات التالية للصدمة على أسس حقيقية، فضلا عن تقديم الدراسة بعدا جديدا في دراسة الاضطرابات التالية للصدمة وهو ما يمكن أن يشكل نموذجا أساسيا للتعامل مع تلك الاضطرابات.

ولاتقتصر الدراسة على إبراز الجوانب النظرية أو المعلومات الامبريقية، فقد انطوت الدراسة على جمع المعلومات عن مدى انتشار الاضطرابات التالية للصدمات والمشكلات النفسية المتعلقة بها بين شريحة هامة من شرائح المجتمع الكويتي خاصة في مرحلة ما بعد التحرير، واستخلاص وصف لمشاعر هذه الاضطرابات في مجتمع مدني (لم يشارك أفراده في ساحة القتال أو المقاومة).



وإلقاء الضوء على جانب هام من الصدمـات المباشـرة وغـير المباشرة التالية للكوارث المادية أو النفسية، سواء كانت من فعل البشـر أو نوازل القدر، فضلاً عن التعرف على علاقة هذه الاضطرابات ببعـض المتغيرات الوصفية (الديمغرافية) من حيث وجودها أو حدة تأثرها، وتمثـل هذه المرامي خطوة في طريق خطة طويلة الأمد متعددة الأبعاد، بعيـدة النظر، للقيام بمسح ميداني قومي، يشمل جميع أفـراد المجتمـع، وتمثـل نتائجه قاعدة أساسية لاتخاذ قرارات الوقاية والعلاج والتنمية، ولإضافـة البرامج المؤسسة على تلك القرارات.

وتشير الدراسة بوضوح إلى أهمية توجيه اهتمام من يعمل في مجال الاضطرابات التالية للصدمة على جميع المستويات (الوقاية، التحصـين، التشخيص، العلاج)، أن يدرك طبيعة هذا "المرض"، وأسس التوصيـف العلمية لسمات الأفراد "الضحايا" وخصائص الصدمات.

وتخلص الدراسة إلى أهمية توفير بيانات وملاحظات وآراء تصـف واقع الأحداث الصدمية ذات الطبيعة الانتشاريه (الوبائيـة) في المجتمـع الكويتي من جوانب متعددة على نحو يساعد متخذي القرار على وضـع صياغة أساسية في إطار التنمية المستدامة والمنهج الكلي، للتعـامل مـع



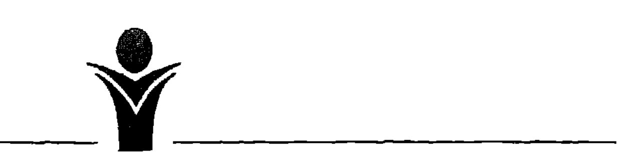
الصدمات في إطار البعدين العلاجي والوقائي اللذين طرحتهما هذه الدراسة.

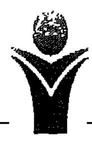
يجدر القول في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من استنتاجات إن الاعتبارات التي تتصل بطبيعة الحدث الصدمي يجب ألا تكون العامل الوحيد في صناعة قرار المؤسسات التنموية أو العلاجية في رسم برامجها، بل يتعين أن نأخذ في الحسبان الناحية التخطيطية والتنفيذية وبعض الأمور الجوهرية التي أشارت إليها الدراسة.

والله ولي التوفيق.

أ.د. بشير صالح الرشيدي

رئيس مجلس الأمناء





مقدمة

تتميز الدراسات الايبديمولوجية التي تتناول مدى انتشار الظواهر المرضية في المجتمعات بأنها ذات أهداف وصفية تحليلية، وبرغم أنها لا تأخذ الطابع المسحي إلا أنه من الممكن تقدير نسبة انتشار تلك الظواهر في مجموعات بعينها أو في المجتمع كله عامة، كما أنها تزودنا بأساس واقعي لعوامل المخاطرة في تلك الظواهر وغيرها من الأبعاد الإيتولوجية التي تُسهم في إجراءات التشخيص والعلاج من جهة، والسياسات الوقائية من جهة أُخرى.

ويُعد تناول الاضطرابات التالية للصدمة موضوعاً بحثياً متعدد الجوانب والمستويات ومجالاً مناسباً لذلك النوع من الدراسات، حيث تشكل هذه الاضطرابات مرضاً خبيثاً غائراً في النفس الإنسانية، يصعب على الأطباء اكتشافه، وربما لم يجد المعالجون النفسيون سبيلاً لتعرُّفه، كما أنه مقاوم للبرء في حالة تمكنه من النفس. وتمثل الدراسات الايبديمولوجية لتلك الأعراض (الاضطرابات التالية للصدمة) أساساً للاستدلال على مواقع المخاطر فيها وأبعاد التأثر المزمنة وفعاليتها في



تدمير الشخصية على المستويين النفسي والبدني، إذ تعد خط الدفاع الأول وقوته في استعادة التوازن، فإذا كانت الصدمات تعزز شكلا من أشكال الخوف والإحساس بالضياع واختلال التفكير وفقدان التركيز وتشويش الذاكرة وعدم القدرة على إصدار الأحكام أو التعرف، فإن هذه الأحاسيس الوقتية قد تفقد حدها الظاهرة، وتتغلغل في النفس الانسانية محدثة شرخا عميقا فيها، يجمع بين الإحساس المرضي بالاعتمادية على الآخرين وفقدان الثقة في المحيط الاجتماعي والمادي. وتظل ذكرى الحادث الصدمي تجمعا للأحاسيس المرضية تلك، وما يتبع ذلك من تدمير البنية التحتية لعقل الفرد ونشوء عصاب الصدمة trauma neuroses (Horwitz, 1976). ولذا يحتاج الفرد إلى شكل من أشكال التنقيب في الذاكرة وإخراج تلك الأحداث أو الذكريات من أجل التحكم في محفزاتها التدميرية، خطوة أولى للعلاج.

وتأتي هذه الدراسة وفق خلفية عملية لطرح الحوادث الضاغطة المؤدية إلى الإحساس باضطراب ما بعد الصدمة بوصفها ذات علاقة أساسية بممارسات الصحة النفسية وفنيات العلاج النفسي. إن الاهتمام بالأنباء اليومية وبالأخبار العادية يكشف لنا أن الجريمة العنيفة



والكوارث والحوادث الجسيمة والحروب وغيرها من الأحداث الضاغطة تحدث يوميا وتترك أثارا عميقة على الأفراد والأسر والمجتمعات. وتشير نتائج الدراسات حول اضطرابات ما بعد الصدمة إلى أن الأحداث تزيد من مخاطر الإصابة بالاضطرابات النفسية، كما تشير النتائج ذاتها إلى أنه من الممكن الإقلال من هذا التأثير أو الحد من انتشاره من خلال طرح البرامج الوقائية القائمة على التقييم الواقعي واستراتيجيات العلاج المناسبة.

إن تنمية الكفاءات في علاج اضطرابات ما بعد الصدمة تعتمد أساسا على سد الثغرات القائمة في برامج التدريب وتكوين الاختصاصين، وتشير مراجعة تراث البحث في هذا المجال -في دولة الكويت خاصة- إلى أن برامج التدريب المتقدمة التي اضطلعت بها المؤسسات المعنية لم تتطرق إلى مقدار شيوع الأحداث الضاغطة أو تأثير تلك الأحداث في عمليات التوافق النفسي والاجتماعي، فمعظم الدراسات المؤسسة لتلك البرامج قصرت تعاملها على اضطرابات ما بعد الصدمة الخاصة بأحداث العدوان العراقي على دولة الكويت وما صاحبها من آثار تدميرية على النفس والممتلكات والبيئة، ولم تتطرق إلى



أحداث صدمية أُخرى في حياة الأفراد تتباين في تأثيرها فيهم، مع عدم الإخلال بفرضية أن عمق هذا التأثير يرتبط بتأثير صدمة العدوان العراقي.

تتناول هذه الدراسة أربعة جوانب رئيسية:

1. مقدار انتشار الأحداث الصدمية ونوعيتها، وتحديد أولوياتها في التأثير.
2. العوامل المتداخلة في تحديد مدى الأثر الاضطرابي للحدث الصدمي.
3. أنماط المشكلات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتلك الأحداث الصدمية.
4. استراتيجيات الوقاية والتقدير والعلاج الممكنة أو المتاحة لرفع المعاناة الناتجة عن تلك الأحداث.

وتتسم هذه الدراسة بأهمية خاصة من خلال ما تتناوله، لتكون ذات فائدة للمعالجين النفسيين والعاملين في مجالات الخدمة الاجتماعية والطب النفسي والإرشاد النفسي، كما أنها تفتح أمام الدارسين في مجال



علم النفس والإرشاد النفسي آفاقا للدراسة والتناول البحثي في هذيـــن المجالين.



الأبعاد النظرية والامبريقية

أولا: البعد النظري

تعد اضطرابات الضغوط التالية للصدمة (مرضا) خبيثا غـــادرا، لم يكـــن في نطاق معرفة الأطباء أو علماء النفس أو الأطبـــاء النفســـيين، ويرى جيمس تيتشنر (Titchener. 1986) أن هذا المرض الخبيث الغـــادر يؤدي إلى عجز تمتد آثاره انتشارا وعمقا مما يجعله صعب المعالجة، وتبـــدأ زملة الأعراض عندما يصادف الفرد تهديدا بالموت أو بتدمـــير أي مـــن أعضاء جسده أو الإذلال أو الاستغلال بصورة تؤدي إلى فقدانه كيانـــه، وهذه الأعراض قد تدوم لدقائق أو ساعات أو أيام، وتتسم بالإحســـاس بفقد شيء ما، وهذا الشيء قد يكون صديقا أو من ذوي القـــربى، أو شيئا نملكه أو وظيفة نشغلها، أو تقديرا لذاتنا، أو منهجا انتـــهجناه في مسار حياتنا أو علاقاتنا بالآخرين، ويمتزج هذا الإحســـاس بـــالخوف والأسى عند تذكر الموقف أو الحدث.

ويرى علماء النفس الدارسون لأثـــر الأحـــداث الضاغطـــة أو الصدمية على الإنسان أن الفرد في البداية يعاني من صدمة الفجـــاءة، ثم



ينتابه إحساس بالخوف، وتتملكه أحاسيس الفقد حتى يصعب عليه بيانها، يليها تشتت التفكير، وعجز في الذاكرة، وعدم القدرة على التركيز أو إصدار الأحكام، وتداخل في تنظيم المشاعر، تأتي بعدها مرحلة تغير في الاتجاهات نحو العلاقات الإنسانية، يميزها تدهور الثقة بالآخرين، وتناوب مشاعر الاعتمادية غير الواقعية، ورغبة مرضية في الحصول على المساعدة من الآخرين، ويمثل هذا الإحساس التحولي في الثقة في العلاقات القسوة المفاجئة للخبرة الصدمية أو النازلة التي ألمت بالفرد فأحدثت شرخا رئيسيا في رؤيته للعالم وتحولا من الثقة إلى الشك والريبة، (Titchener 1986:6).

وفي حين يرى عدد من المهتمين بدراسة الحوادث الصدمية وآثارها أن تلك الحوادث لا تختلف فيما بينها، وأن الكارثة مهما تعددت أشكالها فلا تعرف إلا من آثارها، يرى عدد آخر أن التمييز بين الكوارث أو اعتبارات الاختلاف والائتلاف بين الأحداث الصدمية تمثل مشكلة بحثية، فمن غير المعقول أن ننظر إلى الزلزال أو الفيضانات أو الحرائق أو الحرب باعتبارها متماثلة أو من جنس واحد، (Baum et al.,1993:127). وبرغم ذلك التباين في وجهات النظر



طرحت تصنيفات وأنساق للتمييز بين الأحداث الصدمية أو الكـوارث، اعتمدت على مصدر الحدث (الإنسان، الطبيعـة) أو مـدة الحـدث (فجائي، قصير، أو ممتد) أو موقع التأثير (الذات، الممتلكـات، الغـير)، (Raphael,1986,Wilson,1989). ولكن الدراسات التي تناولت مثل هذه التصنيفات أشارت إلى صعوبة تحديد مواصفات كل قسم منـها، ممـا يجعل المقارنة بينها دون مستوى المصداقية العلمية، ناهيك عـن تعـدد الأدوات في تلك الدراسات، واستخدام البـاحثين تصميمـات بحثيـة مختلفة، (Bromet&Schuberg,1986). كما أن مفهوم العزو attribution أو تحديد الأثر وإرجاعه إلى الحادثة الصدمية ربما يكون مشكلة في حـد ذاته، باعتبار أنه ليس لدينا تقييم مسبق عن الحالة التي ندرسها من جهة، كما أنه من الصعب فصل الأثر التراكمي لأحداث سابقة أو تقدير الأثـر التعجيلي للحادثة المعنية.

كما أن قياس الاضطرابات المصاحبة للضغوط الواليـة والتاليـة للصدمة شهد تفرعات كثيرة، فقد حاول الكثيرون استخدام المقـاييس السيكومترية المشتقة من قوائم اختبارات الشخصية لقيـاس الأعـراض النفسية المتوقعة مثل القلق والاكتئاب، في حين لجأ بعضهم إلى إجـراءات



تشخيصية تمثلت في المقابلات الكلينيكية، واتجـــه آخـــرون إلى قيـــاس الأبعـــاد الاجتماعية والأسرية، ووجد آخرون ضالتـــهم في مقـــاييس السلوك وأبعاده المعرفية وربما التحصيلية المدرسية، واستخدم اختصـــاصيو الصحة العامة مقاييس فسيولوجية مختلفة ومتعددة. وبغض النظـــر عـــن الفروق الفردية وحدها فقد أشارت الدراسات المختلفة إلى تمتع تلـــك المقاييس بدرجات عالية من الصدق والثبات جعل لها قدما راســـخة في أبحاث الصدمات واعتبارات الصحة النفسية التالية لها، ولكنها لا تدفـــع الدارسين إلى الاقتصار عليها، أو تمنعهم من استخدام غيرها، مما يؤســـس على فكر نظري أو اعتبارات بحثية مناسبة؛ (Baum et al.,1993:129).

وقد طرح الدارسون في مجال الاضطرابات التالية للصدمة نمـــاذج عدة لتفسير تكون الاضطرابات وأبعادها النفسية لـــدى (الضحيـــة)، وتعتمد هذه النماذج على خلفياتهم النظرية. ففي إطار المدارس النفسـية، وجد أتباع المدرسة السلوكية في مبادئ التعلم الإشراطي أساسا معقـــولا لتفسير تكون تلك الاضطرابات، حيث أشارت دراســـات كـــين وكيلبـــاترك

(Keane,Zimering,&Caddell,85;Kilpatrick,Veronen&Resicle,97)



اعتمادا على وجهة النظر التي طرحها مـــورر (Mowerer,1960) إلى أن مشاعر الخوف المؤسسة للقلق والاضطراب النفسي للفرد تتكون لـــدى الأفراد ارتباطا بالحادث الصادم أو ذكراه المســـتثارة، كمـــا تكتســـب الظروف المحيطة بالحدث أو المؤدية إليه قوة استثارة القلق التالي له، كمـــا تكون لدى الفرد شكلا من أشكال الترقب المصحوب بسوء الفهم، ممـــا دفع الباحثين إلى القول بأن النموذج القائم على نظريات التعلـــم يمدنـــا بتفسير مناسب في نطاق علم دراسة أسباب الأمراض لبعض أعـــــراض الاضطرابات التالية للصدمة خاصة ما يتعلق بظـــهور أعـــراض معينـــة للاستثارة السريعة وتجنب مثيرات التذكر للحـــدث؛ (APA,1994)، وإن كان هذا النموذج ذاته يظل قاصرا عن تفســـير الاســـتعادة المتكـــررة لذكريات الأحداث الصعبة، وهو الأمر الذي تناوله نمـــوذج المعالجـــة المعرفية الذي يتخطى حدود الإشـــــراط الكلاســـيكي أو الإجرائـــي؛ (Freedy&Donkervoet,1995) ويقوم النموذج الأخير على اعتبـــارات أساسية أهمها وجود دوافع إنسانية لدى الفرد لفهم ما يدور حولـــه، أو إعطاء معنى للخبرات الحياتية التي يمر بها؛ أي أن صور الأحـــداث الـــتي تواجه الفرد تظل في (ذاكرة نشطة) يحاول الفرد تحديد الأهمية النســـبية



الخاصة بها وحجم التهديدات المتمثلة فيها تجاه أنماط التفكير المعتادة لديه، مما يؤدي به إلى خيارات منها تكوين دفاعات نفسية قادرة على التأقلم أو المواجهة، أو الإحساس بالعجز أو شلل التفكير، أو تكون شبكة ذاكرة قائمة على الخوف (a fear-based memory network) وتحوي تلك الشبكة معلومات تتعلق بالاعتبارات المتعلقة بالصدمة والاستجابات؛ (Foa et al.,1998)، حيث تمثل الصدمة تحولا مفاجئا عن المسار المألوف أو المعنى المعتاد للحادث، ويمثل البقاء في دائرة الحادث الصدمي من خلال التخيل أو التذكر -يقظة أو مناما- عجز الفرد عن استثارة نشاط تلك الشبكة، بما يسمح بإعادة البناء أو تعديل الصورة الذهنية لدى الفرد، كما حظي النموذج الذي طرحه علماء الطب النفسي البيولوجي من خلال تجاربهم على الحيوانات بقدر مناسب من الاهتمام في تناول الجذور البيولوجية والمظاهر الحيوية للاضطرابات التالية للصدمة؛ (Vogel,1985;Pitman,1993)، حيث اعتبرت تلك الاضطرابات استجابة وجدانية اشتراطية أفرزتها التركيبات العصبية داخل الدماغ نتيجة التعرض الطويل للتهديد الكامن في الموقف



الصدمي، وتظهر على هيئة ارتفاع في ضغط الدم وإحساس بالخدر وسهولة الاستثارة العصبية.

ويلاحظ على النماذج السابقة تركيزها على المنطلق الأساسي لتوجهاتها النظرية؛ فنجد أن أتباع المدرسة السلوكية اعتمدوا على الاستجابات الاشتراطية المتمثلة في القلق ومظاهره، في حين يرى أتباع النظرية المعرفية أن المعالجات المعرفية للمعلومات المحيطة بالصدمة أو المتعلقة بها والكائنة فيها تحدد شبكة المخاوف المؤسسة للتعامل مع الحادث أو صورته، أما أتباع النموذج البيولوجي فيركزون على العوامل البيولوجية في مواجهة الحادث الصدمي، ويبين كل منهم استراتيجيات التدخل العلاجي أو الوقائي على العامل الرئيسي الوحيد الخاص به، وشهدت بدايات هذا العقد ظهور توجهات تكاملية في طرح النموذج المفسر لحدوث الاضطرابات التالية للصدمة، (Foy,Osato, Houskamp&Neumann,1993) ويشير هذا النموذج إلى أن الاضطرابات التالية للصدمة قد تكون حادة ظاهرة أو مزمنة متكررة، وتنشأ تلك الاضطرابات رد فعل للتعرض للحدث مباشرة، أو ملاحظته وهو يحدث (للآخرين)، أو خبرة معلمة بلا شهادة، والنقطة الهامة في



ذلك هي لفت الانتباه إلى العوامل الوسيطة في تحديد حجم الصدمة. فقد أشار النموذج إلى وجود عوامل نفسية واجتماعية وبيولوجية تقوم بدور وسيط في تكون رد الفعل التأزمي وظهوره، أطلق عليها عوامل المخاطرة risk factors إذا أدت إلى ردود أفعال سلبية، أو عوامل المقاومة resilience factors في حالة قدرة الفرد على التجاوب مع الحدث وعدم اعتباره مصدر تهديد لكيان الفرد الجسدي أو المعرفي أو الوجداني. ويؤكد نموذج "فوي" Foy's model هذا على الاهتمام بدراسة تلك المتغيرات (العوامل) عند بناء برنامج وقائي أو برنامج علاجي للاضطرابات التالية للصدمة، ويتفق ذلك مع توجهات العاملين في المجال من أن (التقدم المستقبلي في الاستيعاب المفاهيمي للاضطرابات التالية للصدمة سوف يعتمد على النماذج التي تحاول استدخال الآليات النفسية والاجتماعية والبيولوجية؛ (Freedy&Donkervoet,1995;19)، ويعتمد وزن هذا النموذج على الثقل الذي يعطيه لتلك الجوانب مجتمعة.

وبناء على ما استعرض من نماذج نجد أن النموذج التكاملي integrative model يشكل أرضية مناسبة لتحديد مفردات تأسيسية لسياسات الوقاية والعلاج في مواجهة الأحداث الصدمية، ويتعين علينا



دراسة المتغيرات الوسيطة قبل البدء في التعامل مع تلك الاضطرابات، كما يقودنا هذا النموذج إلى تعرف المتغيرات الوسيطة الكامنة في الحدث ذاته من حيث طبيعته والعوامل المسببة له، (كارثة طبيعية غير ذاتية القصدية أو اعتداء إنساني مقصود أو شبه مقصود) ومن حيث أثره على الفرد (خاص ومباشر أو عام وغير مباشر)، مما يدفعنا إلى البحث عن نماذج أكثر شمولا في دراسة سمات الحدث أو العوامل الكامنة فيه وتشكل حجم التأثير ووجهته.

ومنذ ما يقرب من عقدين من الزمان، أصدرت رابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين (APA) المقياس الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (APA,1980)؛(DSM III). ورغم ما تلا ظهور هذا المقياس من دراسات ظل تعريف المصطلح وطرائق قياس دلالته الإجرائية محل جدل ونقاش بين الدارسين والمعالجين، ويرجع أساس هذا الجدل إلى صعوبة تعريف العوامل الضاغطة، وعلاقتها بالظروف المهيئة والمعجلة بظهور الآثار، وإمكانية إرجاع هذه الآثار إلى حادثة محددة أو حوادث متفرقة، كما أن معظم الدراسات التي تناولت هذا الموضوع إن لم تكن كلها اتسمت بالمنحى الاسترجاعي، وكان المستجيبون عن



أدواها ممن مر على تعرضهم للحادث المفترض أوقاتا غير محددة وصعب عليهم تحديد أي الجوانب -أثرت أو تأثرت- وحجم هذا الأثر، واستوجب الأمر دائما القيام بدراسات طولية وكلينيكية متعددة للتحقق من عزو تلك الدلائل إلى الموقف الضاغط، كما أن معظم تلك الدراسات تركزت على كوارث محددة، أخذت طابعا علنيا إعلاميا أوحى بتأثيرها الضاغط مثل الحروب أو الحوادث الإرهابية، في حين لم تتعرض الدراسات بمثل هذا الزخم لكوارث فردية أو نوازل، ربما تأخذ صفة الاعتياد اليومي مثل حوادث الطرق والاعتداءات الشخصية، في حين تشير نتائج الدراسات التي تناولت هذا الجانب المظلم من الاضطرابات النفسية إلى وجود الاضطرابات التالية للصدمة بين ضحايا تلك الاعتداءات أو الحوادث وأها ذات آثار مدمرة وأبعاد متعددة، سواء على المدى القريب أو المدى البعيد؛ (Wilson,Smith, &Johnson,1985).

وقد أوردت شيرلي ميرفي (Murphy,1986) نموذجا مفاهيميا لدراسة الكوارث يشير إلى تداخل عوامل ذاتية وبيئية على المستويين الواقع والمتوقع، تحكم مسار العلاج أو الشفاء من الاضطرابات التالية



فها، وتمثل المحاور الثلاثة التالية الأبعاد المشكلة لاستراتيجيات التعامل مع الصدمة:

- سمات الضحية، (من مثل العمر الزمني، الجنس، مستوى التعليم، التعرض السابق).
- تقييم الخسارة والتأزم النفسي، (الاضطرابات).
- نوع الخسارة، (تهديد للحياة، فقدان لعزيز، خسارة مادية، بلا خسائر).

وقد ظهرت أبعاد هذا النموذج في دراسات عديدة، وأضاف إليها الباحثون أبعادا أكثر تحديدا في دراسات الكوارث والاضطرابات النفسية الناجمة عنها.

وتأسيسا على ماسبق يمكن اعتماد نموذج يجمع بين السمات المتعلقة بالأحداث الضاغطة والصدمات المسببة للاضطرابات النفسية Traumatic EVENT characteristics وصفات الفرد (الضحية) الشخصية VICTIM characteristics، والمصادر المجتمعية الداعمة supportive SOCIETAL resources .



ترجمة إجرائية للنموذج لاشتقاق متغيرات الدراسة التحليلية

بناء على الطرح السابق وعلى مراجعة موضوع تأثير الكوارث في الضحايا من الناحية الوجدانية نجد أن هذا التأثير يتحدد في عوالم تختص بالضحية من جهة وبالكارثة من جهة ثانية، وقد أبرزت الدراسات التي تناولت هذا الموضوع نموذجا أكثر تحديدا يعتمد على أربعة أنواع من المتغيرات:

١. حجم التأزم

٢. العوامل المهيئة أو المعجلة بحدوث التأزم كما تتمثل في:

٣. المصادر النفسية

٤. المصادر الاجتماعية؛ (Vitaliano et al.,1987).

وقد حظيت المصادر الاجتماعية بحظ وافر من الدراسات والتحليلات؛ (Solomon,1986)، في حين لم تحظ المصادر الشخصية أو



المتغيرات الذاتية الفردية بالقدر نفسه من الاهتمـــــام؛ (Gibbs,19989)، ورغم أن الظروف الضاغطة يتأثر بها الأفـــراد عمومـــا إلا أن تفـــاعل العوامل الشخصية مع العوامل البيئية الضاغطة يؤثر في درجة حدة هـــذه المعاناة، وتجدر الإشارة إلى أن المصادر الشخصية تختلف تحديـــدا عـــن العوامل المهيئة للإصابة بالتأزم النفسي أو الاضطرابات التالية للصدمــــة، على الرغم من احتمال تفاعلها واعتماديتها في التأثير، فعندمـــا يختلــف الأفراد في استجاباتهم للصدمات بحسب أعمارهم أو جنسهم فإن ذلــك يعني ارتباط تلك الأعمار أو ذلك الجنس عن غيرها بتهيؤ الفرد للإصابــة بالاضطرابات، وسنتناول فيما يلي المتغيرات الرئيســية الــتي ســتدخل تحديدا في الدراسة الحالية دون طرح فرضية القصر عليها.

العمر الزمني:

تشير نتائج الدراسات التي تنـــاولت تأثـــير العمـــر الزمـــني في الاستجابة للكارثة إلى اختلاف في تحديد هـــذا الأثـــر، حيـــث تتـــأثر استجابات الأفراد أو ردود أفعالهم في مواجهة الكوارث ســواء كـــانوا صغارا أو كبارا بعوامل مختلفة تتعلق بنوع الكارثة والمقياس المســـتخدم



لتحديد الإصابة والتصنيف العمري الذي اتبعه الدارس بالإضافة إلى تعميم الدراسة ذاتها، ويتركز هذا التأثير حول عاملين رئيسين:

١. كم الضغوط الإضافية المحيطة بالفرد.

٢. خبرة الفرد التأهيلية وتعامله مع الاضطرابات التالية للصدمة، فكبار السن عادة ما يصابون بدرجة عالية من التأزم النفسي ولكنهم يستفيدون من خبرة المعالجة والتأهيل بصورة تقلل من تلك الدرجة.

وتشير دراسة (Taylor&Frazer,1982) إلى أن عمال الإنقاذ الأكبر سنا كانوا أقل تأثرا بالكوارث من زملائهم الأصغر سنا، واستنتجا من ذلك ارتباط تلك النتيجة بحجم التأهل في تحديد القدرة على تجاوز الأزمة، كما أن اعتياد المناظر المؤزمة قد يعطي فرصة تحصينية أقوى للفرد، في حين تناولت دراسة أخرى قام بها هانسن ورفاقه؛ (Hammson et al.,1982)، آثار الفيضانات المدمرة على المقيمين في منطقة الكارثة، وتوصلوا إلى أن الخبرة المتكررة مع الفياضانات وكذلك التقدم في العمر كانا من العوامل المشتركة في زيادة حجم التأثر المرضي بحدوث الفيضانات أو توقع حدوثها، وقد أشار ليوبولد



وديولون (Leopold&Dillon,1963) في دراستهما للآثار النفسية المترسبة لدى ١٧ من الناجين من انفجار في سفينة بحرية بعد ثلاث سنوات من حدوث الكارثة- أشارا إلى أن العمر الزمني له أثر تنبؤي هام في تحديد رد الفعل تجاه الكارثة، وأن البحارة الذين تجاوزت أعمارهم الخامسة والثلاثين كانوا أكثر تأثرا بالكارثة من زملائهم ممن دون ذلك من العمر، وربما يرجع ذلك إلى ارتفاع حجم التوقعات السلبية للكوارث البحرية مع زيادة الخبرة في المجال.

ولكن في مقابل تلك النتائج، أظهرت دراسات أخرى أن ضحايا الكوارث من كبار السن كانوا على ذات المستوى من الإحساس بحجم كارثة الفيضانات وآثارها النفسية مع أقرانهم من صغار السن؛ (Huerta&Horton,1978,Ollendick&Hooffman,1982)، كما كشفت دراسة أخرى أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين العمر الزمني وأعراض عديدة للاضطرابات التالية لصدمة التعرض لإعصار شديد في ولاية تكساس الأمريكية؛ (Bolin,1982).

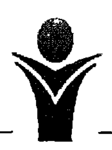
وتعرضت دراسة أخرى لتحديد أي الأعمار تكون أكثر تأثرا بحجم الكارثة؛ (Gleser et at.,1981)، فأشارت النتائج إلى أن أقصى



قدر من التأثر كان من نصيب الأفراد في الحلقة الوسطى من العمر (٢٥-٥٤ سنة) في حين تضاءل هذا التأثر لدى الأفراد دون الخامسة والعشرين وفوق الرابعة والخمسين، وقد فسر الباحثون تلك النتيجة بأن الدمار الذي ينال توقعات المستقبل بالنسبة لهذه الحلقة من العمر يكون أكثر حجما وأوقع أثرا من غيره، فصغار السن مازال أمامهم فرصة التعويض، ومن هم فوق الخامسة والخمسين لم يعد لديهم من التوقعات المستقبلية أو الطموحات التي يخشون عليها، وتوافقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة أخرى؛ (Price,1978).

أما بالنسبة للأطفال وصغار السن من الشباب فقد أظهرت الدراسات تناقضا واضحا في نتائجها، ففي حين أشارت بعض النتائج إلى تباين أثر الكوارث (الاجتماعية أو الطبيعية) على الأطفال والمراهقين خلصت نتائج أخرى إلى أن الأطفال الأكثر تأثرا تقع أعمارهم بين الثامنة والرابعة عشرة، وأن التباين المشار إليه سلفا يرجع إلى الاختلاف في مقاييس الأثر النفسي أو تحديد موقع الاضطرابات، (Gibbs,1989).

وأشارت دراسة (Norris,1992) إلى وجود فروق بين الفئات العمرية المختلفة في إقرارهم بتعرضهم لأحداث صدمية حيث كانت أقل



التكرارات من نصيب الفئات العمرية العليا، وقد أرجعت الباحثة ذلك إلى اعتبارات تتعلق بسرعة تكيفهم وقدرتهم على تجاوز الحدث وأثاره.

الجنس :

تشير نتائج العديد من الدراسات إلى أن النساء أكثر تأثرا بالكوارث من الرجال، فقد أظهر الضحايا الإناث إحساسا بالخوف والحاجة إلى التواد أكثر من الذكور عقب فيضان اجتاح جنوب أفريقيا؛ (Strumpfer,1970)، ووجد الباحثون أن النساء اللاتي نجون من إعصار أركانساه كن أكثر إحساسا بالاضطراب الانفعالي من الرجال، كما بدا في استجابتهم عن تقرير ذاتي وتقرير يشير إلى أحاسيس الجنس الآخر؛ (Fritz&Marks,1954)، وعند دراسة آثار إعصار سيرلانكا فإنه رغم تشابه الأثر لدى الذكور والإناث في البداية إلا أن عددا أكبر من الإناث أظهرن احتفاظا بالأثر على المدى البعيد؛ (Patrick&Patrick,1981).

ولكن الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين فيما يختص بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية أو السلوكية المتمثلة في إدمان الكحوليات والمسكرات وغيرها، فقد أشارت نتائجها إلى أن الفروق بين الجنسين في هذه الاستجابات المرضية كانت غير ذات دلالة؛



(Myers et al.,1984)، وكلما اتسعت دائرة المتغيرات المتمثلة للاضطرابات التالية للصدمة وتعددت المقاييس المستخدمة في قياس تلك الآثار ظهرت التناقضات في النتائج، وتبادل الجنسان المراكز في الإحساس بالاضطراب بنسبة كبيرة؛ (Bennt,1970,Cowan&Murphy,1985, Gleser et al.,1981)، وتعكس هذه النتائج احتمالات التباين في الدرجة والأسلوب بين الذكور والإناث فيما يخص ردود الأفعال تجاه الصدمة سواء على المستوى السلوكي أو المستوى الانفعالي، وربما يرجع هذا التباين إلى شكل الدعم الاجتماعي المتاح لكل منهما، فقد أشارت دراسة (Krause,1987) إلى أن الكهول من النساء كانوا أسرع من الكهول من الرجال في الشفاء من الاضطرابات النفسية التالية لكارثة إعصار ضرب البلاد، وأرجعت الدراسة هذا التباين إلى أن النظام الاجتماعي السائد في البلاد يعطي ميزة للنساء على الرجال في الحصول على دعم اجتماعي أوفر، وترى سوزان سليمان (Soloman,1986) أن الدعم الاجتماعي وتماسك شبكة العلاقات الاجتماعية واتساعها يشكل سياجا يحمي الفرد، ويمنع بعض التأزم المرتبط بضغوط الكارثة، ويتيح للفرد الفرصة لتخطي الأزمة،



ولكنها أشارت إلى الآثار السلبية لاتساع تلك الشبكة مع احتمـالات عجز الفرد عن مسايرة المتطلبات الاجتماعية الناشئة، والتغلـب علـى صراع الأدوار وتبادلها داخل تلك الدائرة، وأنه من الممكن أن تـؤدي الكارثة إلى إلقاء أعباء كبيرة على النساء، في حين تقوم النسـاء بمهمـة تخفيف آثار الصدمة على الرجال، ممـا يرفـع احتمـالات الإصابـة بالاضطرابات أو مستوى الإحساس بالتأزم لدى الإناث عقب النـوازل التي يتعرض لها المجتمع؛ (Soloman at a1987)، بمعنى ارتبـاط تخفيـف الآثار الضارة للصدمة بمستوى الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه الضحيـة، وأن غياب هذا الدعم أو ضعفه يفاقم مـن تأثـير الصدمـة؛ (Pagely et al.,1990,Collins et al.,1993) ولأن الإناث هن أوفر حظـا في تلقي ذلك الدعم، فمن المعقول افتراض أثره المخفف حال توافـره أو ازدياد الأثر عند غيابه حال توقعه.

وعلى مستوى العمر الزمني الأصغر فإنه من الممكـن أن توجـد فروق بين الجنسين في رد الفعل تجاه الصدمة، وتقترح مارجريت جيـبز (Gibbs,1989) أن آثار الأزمة تأخذ أشكالا ذاتية داخلية لدى البنـات على حين تكون مظاهرها خارجية لدى الأولاد. وقد أشـارت نتـائج



دراسة عن آثار حرب أكتوبر علـــى الفتيـــان والفتيـــات في إســـرائيل (Milgram&Milgram,1976) إلى ارتفاع مستوى القلق لـــدى الأولاد على ما لدى البنات بالنسبة لما قبل الحرب. وهو ما أيدته دراسة أخـــرى تناولت التغيرات في سلوك الأطفال عقب كارثـــة طبيعيـــة تمثلـــت في فيضانات عارمة؛ (Burke et al.,19882)، ولكن الباحثين قاموا بدراســـة تتبعية أظهرت نتائج متناقضة، حيث أظهرت الفتيات تأزما أكـــثر مـــع تقدم العمر (Buake et al,1986).

ويرى روبرت باينوس وكاتي نـــادر (Pynoos&Nader,1993) أن الفروق بين الجنسين تؤثر في أنماط تقويم المواقف الصادمة، وأن الفتيـــان المراهقين قد يشعرون بأن الحدث الصادم قد أوهـــن مـــن ذكورهـــم ويندمجون في غضب نرجسي لتقوية موقفهم وتعظيم قدرهـــم وتمثـــل الانتقام والتخطيط له، على حين تنتاب الفتيات المراهقـــات أحاســـيس العجز الجسدي بل والخجل من رد العدوان، وتسيطر عليـــهن مشـــاعر الرفض تجاه هاجس الانتقام؛ (P.537).



مستوى التعليم:

رغم ارتباط مستوى التعليم بالعمر الزمني، إلا أنه من المؤكد أن القدرات العقلية والمهارات المعرفية تنمو وتتطور بالارتقاء على سلم التعليم، وإذا كان العلماء يرون أن استجابات الأفراد في المواقف المختلفة تتأثر بمستوى تعليمهم (في صالح الأرقى تعليما) فإن ردود الأفعال الانفعالية والوجدانية والنفسية والسلوكية تجاه الأحداث الصدمية يمكن أن تتأثر شكلا وموضوعا بالمستوى المعرفي والتعليمي للفرد، ويشير فرانك أوكبرج (Ochberg,1993) إلى أن معرفة الشخص بأبعاد الأحداث الصادمة وما يجده لها من مسوغات، وكذلك معرفته بأبعادها الاجتماعية والقانونية، بل وإدراكه لنشاط جسده تساهم مساهمة فاعلة في الاقتناع بالتشخيص، ونشوء الميل أساسا لطلب المساعدة الكلينيكية، واختيار مسار التوافق السوي.

ومن المؤكد أن أعراض الاضطرابات التالية للصدمة تتمثل في العقول بصورة مخالفة بين الأفراد، وأن لكل فرد وفق مستواه النمائي والتعليمي أسلوبا خاصا في تعمية الصدمة وتشفيرها وتقويمها والاستجابة لها، كما أن تنظيم الذاكرة والقدرة على استعادة الحدث أو



الربط بينه وبين مظاهر التأزم النفسي يختلف باختلاف الأفـــراد وفـــق تعرضهم للتدريب الشكلي الذي تمارسه المؤسسات التعليمية المختلفة.

إدراك مقدار التهديد الكامن في الموقف الصادم

يختلف الأفراد فيما بينهم في تفسيرهم للمواقف الصادمـــة، فمـــا يمثل موقفا ضاغطا لامرئ ما قد يعتبره شخص آخر موقف تحد، ويـــرى الدارسون والمنظرون للمواقف الضاغطة أن إفرازات التأزم تنطلق لـــدى الفرد عندما يعتبر الموقف الذي يكون فيه ضاغطا، وعلى النقيض مـــن ذلك، إذا اعتبر الموقف الذي يكون فيه مصدر تحد له فإنه يستثير لديـــه أحاسيس مختلفة للتعامل مع الموقـــف، أي أن الأفـــراد لا يختلفـــون في تقييمهم للموقف وإنما في تقييمهم لقدراهم ومصادرهم الشخصية، وقـــد ترجع هذه الاختلافات إلى خـــبرات ســـابقة، أو تبـــاين في المعـــارف والممارسات، أو إلى فروق في تقدير الذات. إن التأمل المعـــرفي لكـــلا العنصرين (الموقف والذات) يقوم بتشغيل أدوات الاســـتجابة ويحـــدد صورهما الإجرائية؛ (Lazarus&Launier,1978)، ويفضل أن ننظـــر إلى



هذا البعد باعتباره متغيرا مهيأ لحدوث فروق بين الأفراد، وليس باعتباره سببا لوجود التأزم من عدمه؛ (Singer&Davidson,1991)، إننا لا نبحث عن تصنيف الأفراد وتسميتهم بالباحثين عن التأزم stress – seekers ولكن عن إدراك مقدار التهديد الكامن في الموقف الصادم perception of threat. وقد أوصى لازاروس (Lazarus,1966) بأهمية تضمين الدراسات التي تتناول التأزم النفسي هذا المتغير، وأكدته دراسات لاحقة؛ (Sorensen et al.,1981)، فقد وجد أن الأفراد الذين يحكون عن مدى تأثرهم السلبي بالحدث الصادم يبدون أكثر خوفا في مواقف لاحقة، واستبعدت مارجريت جبز (Gibbs,1989) إمكانية تحديد أطراف العلاقة السببية بين الاتجاهات أو أبعاد الشخصية من جهة والتعرض للمواقف الصدمية، وهل يعد إدراك مدى التهديد الكامن في الموقف الصادم نتيجة للتعرض له أو سببا في استثارة تلك المشاعر التالية له، وقد أشارت الدراسات إلى أن مستويات الإحساس بالتأزم تزيد بين الأفراد الذين تعرضوا مسبقا لخبرات صدمية على نظيرها بين الأفراد الذين لم يخبروا ذلك الموقف، ولكن هذه الدراسات توقفت عند طرح العلاقة التصنيفية و لم تتعرض لطرح علاقة سببية بين الإحساس بالتهديد



الكامن في الموقف الصدمي وبين ارتفاع مستويات التـــأزم النفســي، وطرحت احتمال وجود سبب آخر يؤدي إلى الاثنين، مكمنه في دراسـة العوامل الشخصية؛ (Reid,1990,Norris,1992).

إن ارتفاع مستوى الإحساس بالمعاناة من الاضطرابـات التاليـة للصدمة يعتمد على تصورات الفرد للأحـداث الصدميـة، حيـث إن ارتفاع المعاناة من الضغوط الواقعة يصحبه ارتفاع الضغوط المدركــة، فالعوامل العقلية تمثل تكوينا عصبيا داخل الفرد يستثير استجابات مكونة تجاه الأحداث الصدمية مع تكرارها، ومن ثم فإن الأفراد الذين يبـدون انزعاجا تجاه بعض المواقف المفاجئة يكونون أكثر عرضـة للإحسـاس بالاضطرابات التالية للصدمة مقارنة بمن يتعاملون معها بصـورة أكـثر هدوءا أو يحجمون عن ذلك لآثارها السلبية، أي أن الأحداث الصدميـة التي يخبرها الفرد يزداد تأثيرها السلبي على الحالة النفسية للذين لهم تاريخ سابق في إظهار تلك الاضطرابات، و لم يتلقوا علاجا أو تحصينا وقائيـا تجاه تكرارها.



سمة الحادث الصدمي:

تشير النتائج من خلال مراجعة الدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية عقب حدوث الكوارث أو الأحداث الصدمية إلى وجود صفات مشتركة تجمع هذه الدراسات، ومع تنوع طرائق البحث والتقصي وتوجهات الدارسين أشارت بعض الدراسات إلى أن الكوارث الطبيعية تختلف في توصيفها وآثارها عن الحوادث التي يتسبب فيها الإنسان، وأن هذا الاختلاف يختص باتساع مجال التأثير، واستمرارية التهديد بمعاودة الحدوث، ومدى القرب المكاني من موقع الكارثة، والاعتقاد بإمكانية الوقاية منها وإسقاطات اللوم؛ (Berren,Beiget&Baker,1982,Green,1982,Perry&Lindell,1978).

وتشير لورا ديفيدسن وزملاؤها (Davidson et al.,1986)، إلى أن توجهات الباحثين نحو الأحداث التي تفرز اضطرابات نفسية لدى الأفراد عادة ما تكون ذات أصل بشري، ونجد دليلا على ذلك في الدراسات الأولى التي اختصت بآثار الحروب، ولكن تطور الدراسات في هذا المجال أشارت إلى أن هناك من الكوارث (غير المقصودة) ما يرتبط بظهور الاضطرابات التالية للصدمات، فقد أشارت التقارير إلى



أن معاناة ضحايا الحرائق وسقوط الطائرات ربما لا تختلف كثيراً عن ضحايا الكوارث (المقصودة) مثل الحروب ومعسكرات الاعتقال، وإن كان ما يسببه البشر أو ما يفعله الإنسان بأخيه الإنسان يكون أكثر عمقاً في تأثيره مما سبَّبته كوارث الطبيعة، ويشير تراث البحث في هذا المجال إلى أن هناك تمايزاً بين الآثار الاضطرابية التي تخلفها كوارث الطبيعة التي تخلفها أفعال البشر، فبينما تكون الأُولى مرتبطة بمصدرها المؤقت وبوقتها المُعاش فإن الثانية مصدرها دائم وآثارها ممتدة، ومن ثم تخلف أعراضاً مزمنة (Baum, Fleming& Davidson,1983) وفي ذلك يكمن السبب الرئيسي في تركيز الباحثين على دراسة الآثار الاضطرابية التالية للحوادث الصدمية التي هي من أفعال البشر والتركيز على الجوانب الفيزيولوجية مع التطرق للآثار السلبية من الناحية النفسية، وفي تركهم مساحة واسعة للأطباء في التدخل العلاجي لضحايا كوارث الطبيعة، ولم يعطوا اعتبارات الصحة النفسية حقها؛ (Davidson et al.,1986). ومع بدايات العقد الثامن من القرن الحالي ظهرت التوجهات ذات الطبيعة الشمولية التي يتكامل فيها البعدان الفيزيولوجي والنفسي.



ومن المفترض أن ضحايا كوارث الطبيعة يلجأون إلى استراتيجيات مواجهة ومسار علاجي نفسي يختلف عن ضحايا الكوارث التي من فعل البشر، ففي حين يحتاج ضحايا الكوارث الطبيعية إلى الصبر والتآزر لاجتياز الأزمة، ﴿الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون﴾ ويحتاج الآخرون إلى كظم الغيظ والعفو والإحسان وهي درجات من الصبر، ﴿والكاظمين الغيظ والعافين عن الناس والله يحب المحسنين﴾.

ولكن هذه الاختلافات لم تأخذ حظها من الدراسة، بل "إن الباحثين الأوائل لم يقوموا بتحديدها"؛ (Murphy,1986:134)، وتذهب بوني جرين ورفاقها (Green et at.,1983) إلى أنه من المستحيل أو من غير المحبّذ أن نقوم باستخلاص نتائج عن تأثير الكوارث استناداً إلى خصائص منفردة تتسم بها كل كارثة على حدة، وإن كان من المفترض التعامل مع الكوارث في فئات متجانسة أو شبه متآلفة، كما أشارت في مقام آخر (Green&Soloman,1995) إلى أن هناك خيطاً رفيعاً يفصل بين كوارث الطبيعة والكوارث التي يسبّبها البشر وفق التعريف العام للكارثة، وأن هناك تداخلاً بين الكثير من كوارث الطبيعة وبين أفعال



البشر بل إن فداحة الكوارث الطبيعية قد تتعلق بإهمال البشر، "وعلى هذا فإن التمييز بين الكوارث الناتجة عن غضب الطبيعة والكوارث التي تسببها التقنية البشرية ليس قاطعا بدرجة كاملة"؛ (p.164)، وأن ميل الباحثين إلى التمييز بين النوعين يرجع إلى سلطة الأفراد في منع الكارثة أو التحكم فيها، حيث تنسب كوارث الطبيعة إلى القضاء والقدر وتنسب الأخرى إلى أفعال البشر، ولكن فرضية التباين بين النوعين مازالت قائمة وتحتاج إلى دراسات مقارنة؛ (p.171).

وإذا كانت خصائص الحادث الصدمي تعد من العوامل المؤثرة في تحديد رد الفعل وحجم الاضطرابات التالية للصدمة فإنه من المناسب أن نتناول هذا المتغير من خلال تصنيفات ظاهرة، يمكن أن تشكل تصنيفا فئويا قابلا للتمييز، ومن ثم يمكن التعامل مع الأحداث الصدمية المدرجة في المقياس وفق تصنيفين أساسيين، أولهما مصدر الحادث، إذا كان من كوارث الطبيعة التي ينطبق عليها حكم الصائلة، أو من فعل البشر، وربما اتسم بالقصدية والترصد، وقد ينطبق عليه حكم الجناية، وثانيهما يتعلق بأثر الحدث على الضحية، إذا كان مباشرا أو غير مباشر، وتشمل الفئة الأولى من التصنيف الأول الأحداث المرقومة (٥- ٦- ٩- ١٢- ١٤-



١٥- ١٦- ١٨- ١٩- ٢٢- ٢٥- ٢٦) والفئة الثانية (١- ٢- ٣- ٤- ٧- ٨- ١٠- ١١- ١٣- ١٧- ٢٠- ٢١- ٢٣- ٢٤) في حين تشمل الفئة الأولى من التصنيف الثاني الأحداث المرقومة (١- ٢- ٣- ٥- ٦- ٧- ٨- ٩- ١٠- ١١- ١٢- ١٣- ١٥- ١٧- ١٩- ٢٠- ٢١- ٢٣- ٢٥) وتشمل الفئة الثانية الأحداث المرقومة (٤- ١٤- ١٦- ١٨- ٢٢- ٢٤- ٢٦)، وقد نتفق مع بوني جرين في أنه من الصعب أن يكون هذا التقسيم له من صفة المناسبة والطرد التي تمنع إدراج حدث من الفئة الأولى في قائمة الفئة الثانية على أي من التصنيفين (أو العكس) وإنما هو اجتهاد قابل للخطأ، وإن كان يحتمل الصواب.

ثانيا: تراث البحث

تشير مراجعة مصادر البحث في الضغوط النفسية والتأزم النفسي إلى وجود زخم من الدراسات التي تناولت الآثار النفسية والسلوكية وكذلك المرضية الناجمة عن التعرض للخبرات الحياتية والوظيفية المعتادة من مثل الرسوب في الامتحانات، والتعامل مع الآخرين في غير توافق، أو سوء التوافق المهني، أو اعتبارات الضغوط الكامنة في مهنة معينة



مقارنة بمهنة أو مهن أخرى، وهدفت هذه الدراسات إلى بناء برامج إرشادية وأخرى توجيهية للوقاية من الوقوع فريسة لتلك الضغوط، واعتمدت هذه البرامج في أساسها على تقوية مهارات الاختيار بين البدائل باعتبار أن الفرد بسوء اختياره يضع نفسه موضع التأزم وأنه بذلك محل التبعة، برغم أن هذه الخبرات الضاغطة تؤدي إلى شكل أو أشكال من سوء التوافق على المستويات الذاتية والاجتماعية والمهنية إلا أن الاستجابة لها تأخذ صفة الاعتياد، وأنماط العلاج تصل في غايتها إلى تحقيق شكل من أشكال المسايرة، وربما الإذعان أو التغيير، وقد حظيت تلك الأمور بعناية خاصة من قبل إدارات التطوير على المستوى المهني والمستوى الاجتماعي، ولكن الدارسين في مجال الأزمات يرون أن سياسات التنمية المجتمعية وبرامج الإنماء الاجتماعي يجب أن تكون موجهة بصورة أكثر إلى الخبرات الضاغطة التي تخرج عن حيز الاعتياد مثل الوقوع ضحية أعمال إجرامية، أو أزمات جماعية، أو كوارث طبيعية تجتاح شريحة كبيرة من المجتمع، لأن هذه الحوادث رغم اعتياد الناس على سماع أخبارها إلا أنها تمثل حوادث صادمة بالنسبة للفرد، وتخرج عن نطاق توقعاته لنفسه، أي أنها إن حدثت للآخرين فربما



تحدث لغيره ولكنها لن تحدث له، ولذا فإنه حين يتعرض لهـــا يصـــاب باضطرابات نفسية أو نفسجسمية وكذلك اجتماعيـــة تنـــدرج تحـــت تصنيف الاضطرابات التالية للصدمة؛ (Norris,1992).

ورغم أن تعريف "الحدث الصدمي" Traumatic event مـــازال دون إجماع الدارسين في مجال الصدمات النفسية إلا أن هنـــاك سمـــات خاصة يمكن استخلاصها من الدراسات المختلفة، لها من قوة المناسبة مـــا يسمح بتحديد انتماء حديث ما إلى تصنيفها. ومع نهاية العقد الســـابق أصدرت رابطة المعـــالجين النفســـيين الأمريكيـــــــــــــــــــــة American Psychiatric Association دليـــل التشـــخيص المشـــهور DSM3R الذي تضمن تعريف الحدث الصدمي بأنه "ذلك الحـدث الذي يخرج عن نطاق الخبرة العادية للبشر ويفضي إلى انحطاط نفسي ملحـــوظ لأي فرد يقع ضحية له"؛ (APA,1987:250) أي أنه أي حـــدث يقـــع للفرد خارج إلف اعتياده ويشكل تهديدا لذاته أو للآخرين من حولـــه امتدادا من الدائرة الحميمة اللصيقة به، ويشمل دائرة المخلوقـــات مـــن حوله، ويسبب الأذى و/أو الضرر و/أو الهلاك لمفردات هـــذه الدائـــرة بصورة تحدث أثرا نفسيا سلبيا من الشعور بالعجز أو الإحساس بالخوف



أو معاناة الاضطراب الانفعالي في مواجهة الحدث، كما أن هذا الحدث -لاختراقه حاجز الاعتياد- يختزن في الذاكرة مفرزا اضطرابات انفعالية ووجدانية وصحية وسلوكية تختلف وفق الموقف (الظروف الضاغطة) والشخص الذي يتعرض له (العوامل الشخصية)، حيث تتفاعل العوامل الذاتية مع العوامل المحيطة من تحديد أثر الإصابة بالاضطرابات التالية للصدمة من حيث الجدة أو الاستمرارية أو الاستعادة، كما تحدد في المقابل قدرة الشخص على التكيف أو المواءمة أو الاستثمار الإيجابي لعوامل الصدمة، وتتضمن الأحداث الصدمية مواقف تدخل في نطاق العدوانية، أو تندرج تحت حكم الصائلة أو النازلة من مثل الاغتصاب والقتل والخطف والاعتقال المفاجئ وحوادث السيارات وتهدم المنازل والحرائق والكوارث الطبيعية والحروب... مما يحس معها الفرد بالتهديد الخطير لكيانه أو ممتلكاته، أو تشكل تهديدا خطيرا لذوي قرباه وأصدقائه وربما غيرهم من مخلوقات الله، ويجنح بعض الدارسين إلى اعتماد الصورة المدركة عن الحدث أساسا لتعريفه؛ (Berslau&Davis,1987,Soloman&Canino,1990). أي أن الحدث الصادم هو ذلك الحدث الذي يفرز أحاسيس صدمية أيا كان شكله أو



مسماه، في حين تطرح فران نوريس (Norris,1992) تعريفا يخرجه عن نطاق الذاتية، فتعد "الحدث الصدمي هو ذلك الحدث الذي يتسم بالقوة الزائدة أو المفاجئة ويحدثه عامل خارجي، وقد تكون العدوانية بين الأفراد مثالا واضحا عليه ولكن التعريف يشمل بسهولة أشكال التهديد الأخرى الموجهة للأمن العام مثل الحرائق والكوارث والإجلاء وحوادث السيارات، ومن هذا المنطلق فإن الأحداث الصدمية تعد مجموعة فرعية من مجموعة كبيرة من الأحداث الحياتية التي تجمعها صفات خاصة (تنتمي إلى موضوع الحدث) .... وتترك نتائجه للحالات الذاتية من مشاعر التأزم كقضية بحثية"(Norris,1992:409).

وفي تحليل مفصل لسمات الأحداث الصادمة أشارت دراسة استرالية (Gordon&Wraith,1993) إلى أن تعريف الحدث الصدمي اعتمادا على آثاره يمكن أن تلوثه اعتبارات سوء الفهم أو العزو للحدث، إذ أن الباحثين يجدون صعوبة في الربط بين مظاهر الاضطراب النفسي أو السلوكي لدى الفرد واحتمالات تعرضه لحدث صدمي معين وأن "هذه الظواهر التالية للصدمة يساء فهمها على أنها موجودة سلفا، أو موضوعات نمائية معتادة، أو مصاعب غير ذات علاقة"؛ (p.562)



ولذا فإن الحدث الصدمي يجب تصنيفه وفق سماته الخاصة التي يمكن حصرها في ثمانية، فالحدث الصدمي يتجاوز الخبرة العادية ويقع خارج نطاق التوقعات المعتادة، ويتولد عنه قدر هائل من الانفعالات التي قد تتضمن استجابات جسدية غير معتادة وتأثيرات سيكوفيزيولوجية، تترك آثارها على علاقات الفرد الاجتماعية، وينتهك الافتراضات النفسية العادية المتمثلة في الأبنية القائمة لدى الأفرد من قيم ومعتقدات ومعايير تجعل الفرد غير قادر على التنبؤ السليم، ويهتك توقعات الفرد عن المستقبل ويعوم الأسس الثابتة للبناء الآجل في خضم الشك والريبة، ويخل بآليات التوافق الموجودة لدى الفرد، ويشوش على إمكانات الدفاع، ويضعف ثقته بما لديه من وظائف توافقيه، ويعصف بما لديه من معان ودلالات أنشأها عبر سنوات عمره، ويحيط بما لديه من أنماط تفكيرية بغلالة سميكة من الشك والزيف، ويخرج عن نطاق الزمن الذي حدث فيه ليظل حاضرا، وإن مضى فيستعيده الفرد أمامه دوما، وتشم رائحته فيما يحدث مستقبلا بذات القوة والوضوح اللذين حصل بهما يومئذ، ويحتوي على بعد وجودي يتمثل في تهديده لكيان الفرد ووجوده؛ (p.562-563).



ورغم أن موضوع "التعريف" للأحداث الصدمية شغل المساحة البحثية مع بداية التسعينات من هذا القرن إلا أن الدراسات التي تناولت الآثار الكائنة والمحتملة بدأت قبل ذلك بكثير، وإن بدأها "بصورة أكثر تقنينا" دراسات آثار حرب فيتنام، وأخذت هذه الدراسات طابع تحديد حادث بعينه، واختيار عينة من الذين تعرضوا له، وحساب آثاره النسبية وفق مقاييس متعددة، أشهرها وأوسعها استخداما مقياس DSM III (APA,1980).

وشهد العقد الحالي تزايدا في عدد الأبحاث والدراسات التي تناولت تأثير الأحداث الصدمية على التوافق النفسي والاجتماعي والصحة العقلية والبيولوجية، وقد شملت تلك الدراسات أحداثا صدمية نتيجة المشاركة المباشرة في معارك الحرب أو غير المباشرة فيها؛ (Jordan et al.,1991) أو آثار الحروب على المدنيين؛ (Lomranz et al.,1991) أو الجريمة العنيفة؛ (Kilpatrick et al.,1992) أو الكوارث الطبيعية؛ (Freedy,Kilpatrick&Resnick,1993,Rubonis&Bickman,1991) أو الكوارث الناجمة عن أعطاب فنية؛



(Jacobs,Quevillon&Stricnerz,90;Williams,Solomon&Bartone,88) أو إصابات الحوادث؛ (Kuch,Swrinson&Kirby,1985) أو التحـول إلى لاجئـين في مخيمـات إيوائيـة بعـد الصراعـات المسـلحة؛ (Eisenbruch,1991,Kinzie,Sach,Angell,Clarck&Ben,1989) أو التعرض للتعذيب في المعتقلات؛ (Basoglu&Mineka,1992). وتشـير مراجعة مصادر البحث في هذا المجال إلى أن تقارير الأحداث الصدميـة قد ظهرت في مراجع عديدة، وترجع في تاريخها إلى (سـنة ١٥٩٦) أي إلى ما يزيد على أربعة قرون، وأن العقدين الأخيرين قد شـهدا زيـادة ملحوظة في عدد تلك الأحداث، كما واكب ذلك تطورات في مجـال التنظير والتصنيف والتشخيص والعلاج.

وفي دراسـة أجراهـا بريسـلو ورفاقـه (Breslau,Davis,Andreski,&Peterson,1991) قام البـاحثون بمقابلـة مقننة لعينة عشوائية من الراشـدين (ن=١٠٠٧) ينتمـون إلى منظمـة صحية في ديترويت (ميتشجان)، أفاد أكثر من ثلث العينة ٣٩,١% أنهـم مروا بأحداث صدمية متباينة خلال ما انقضى من أعمارهم، وتراوحـت تلك الأحداث بين الحوادث الجسيمة، والاعتداء الجسدي، ومشـاهدة



وفاة أفراد آخرين أو إصابتهم إصابة جسيمة، أو أخبار الوفاة الفجائية لصديق أو قريب، أو الإصابة الجسيمة لذوي القربى، أو الاغتصاب، أو الكوارث الطبيعية، ... أو غيرها من الأحداث الصدمية.

وفي بداية هذا العقد قامت هايدي رينسك ورفاقها بدراسة كان لها أصداء واسعة على الصعيد القومي في الولايات المتحدة الأمريكية حيث بلغت عينة الدراسة (٤٠٠٩) امرأة من اللاتي تزيد أعمارهن على الثامنة عشرة، وبسؤالهن عن الأحداث الصدمية التي تعرضن لها في حياتهن سواء كانت ذات طبيعة جنائية (من اغتصاب أو تحرشات جنسية بدرجات متفاوتة أو اعتداء جسدي أو مقتل أحد الأصدقاء أو الأقارب) أو نازلة ما (من مثل الكوارث الطبيعية أو الحوادث الجسيمة أو الإصابات الخطيرة أو المواقف المهددة للحياة أو أحداث يعتقدن بأنها شكلت تهديدا لكيانهن الجسدي أو النفسي) أفاد أكثر من ثلثي العينة (٦٨,٩%) أنهن تعرضن لحادثة أو أكثر من تلك الحوادث، بل إن، أكثر من الثلث (٣٥,٦%) قالت بأنهن كن ضحية واحدة أو أكثر من الأحداث الجنائية السابق الإشارة إليها؛ (Resnick et al.,1993).



وأشارت نتائج دراسة أخرى قام بها دين كيلباترك من الجامعة الطبية لجنوب كارولينا -بالتعاون مع فريق البحث والعلاج في مركز اختصاصي لضحايا الجرائم- إلى تصنيفات تفصيلية للأحداث الصدمية التي تعرض لها (٣٩١) من مرتادي المركز من النساء البالغات القاطنات في مدينة تشارلستون بولاية جنوب كارولينا؛ (Kilpatrick,Saunders,Veronen,Best&Von,1987). فقد قلن (٧٥%) من أفراد العينة أنهن كن ضحايا أعمال إجرامية وأن تلك الأعمال الإجرامية كانت وفق مايأتي (٢٣,٣%) تعرضن للاغتصاب و(١٣,١%) لمحاولة الاغتصاب، و(١٨.٤%) لتحرشات جنسية، و(٤,٦%) لمحاولة التحرش الجنسي، و(٣,٩%) لاعتداءات جنسية أخرى، و(٩,٧%) لاعتداءات مثيرة و(٥,٦%) للنهب و(٤٥,٣%) للسرقة. ورغم أن عينة الدراسة كانت محلية إلا أنها تميزت عن غيرها في أن أسئلة المقابلة كانت تفصيلية وفي كلمات وصفية شجعت المشاركات على إعطاء تفاصيل دقيقة عن الجرائم التي تعرضن لها.

وفي دراسة أخرى قام بها دين كيلباترك ومجموعة أخرى من الباحثين، تناول فريق البحث درجة شيوع الأحداث الصدمية بين



مجموعات مختلطة، جمعت بين مراجعي المركـــز الراغبـــين في العـــلاج وآخريـــن مـــن غـــير الراغبـــين في العـــــــــــــــــــلاج (Kilpatrick, Edmonds& Seymour,1992). وهدفت الدراسة أساســا إلى التحقيق الميداني لمعايير أعراض اضطرابات ما بعد الصدمـــة للطبقـــة الرابعة للمقياس الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) الذي تصدره الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA,1994) وبلـــغ عدد أفراد المجموعة الأولى ٤٠٠ من المترددين إلى العيـــادات الخارجيـــة الاختصاصية في الضغوط الصدمية، على حين بلغ عدد أفراد المجموعـــة الثانية (١٢٨) اختيروا من أفراد المجتمع الذين لا علاقـــة لهـــم بتلـــك العيادات، أو أنهم لا يبحثون عن علاج مماثل، وقام فريق البحث بســؤال أفراد العينة الكلية حول تعرضهم لأي من الحوادث الآتية: الاغتصـــاب، أية اعتداءات جنسية أخرى، الاعتداء الجسدي الجسيم، الجريمة العنيفـــة، مقتل أحد أفراد العائلة أو صديق مقرب، حوادث خطـــيرة، كـــوارث طبيعية أو بفعل البشر، أو قتال عسكري. وأظهرت النتائج أن الغالبيـــة العظمى (٨٦,٤%) من أفراد العينة قد مروا بواحدة على الأقل من تلـــك الأحداث الصدمية في حياتهم، على حين أفاد ما يقارب ثلثـــي العينـــة



(٦٤,٣%) أهم تعرضوا لأكثر من واحدة منها خلال مـــا ســبق مـــن أيامهم. ولكن النتائج الأخطر في دلالتها أن غالبية الأفـــراد (٧٤,٥%) تعرضوا لأول حادثة صدمية قبل بلوغهم الثامنة عشرة من العمر، إذ إنـــه من المؤكد بحثيا أن التعرض المبكر للأحداث الصدمية له بالغ الأثـــر في شخصية الأفراد وصحتهم النفسية والعقلية، ومن ثم فإن تفادي التعــرض المبكر للأحداث الصدمية أو التقليل منه يقلل من احتمـــالات ظـــهور الأمراض النفسية مع تقدم العمر.

وقد استعرضت دراسة قامت بهـــا دودلي بليـــك ورفيقتـــــها؛ (Blake et al.,1992) الدراسات التي أجريت على مدى عشرين عاما من ١٩٧٠ إلى ١٩٨٩، حيث قمن بمراجعة الدوريـــات الاختصاصيــة في تقويم موضوعي لنمو مصادر البحث في مجال الأحداث الصدمية لتضـــم ألفا وخمسمائة وستة وتسعين بحثا منشورا في دوريات موثقة بين عـــامي ١٩٧٠-١٩٩٠ وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الزيادة الملحوظة في هذه الدراسات انتحت منحى دراسة آثار الحروب والاعتداءات الجنسيـة في حين كانت الدراسات التي تتناول الكوارث التكنولوجية والطبيعية في هامش الاهتمامات البحثية، وجاء ترتيبـــها كـــالآتي: ٥٤٩ (٣٤,٤%)



دراسة تناولت الحروب، تليها ٢٢٦ دراسة (١٤,٢%) لدراسة سوء معاملة الأطفال بما فيها الاعتداءات الجنسية عليهم وجاءت بعدها ٢٠٣ دراسة (١٢,٧%) للانتهاكات الجنسية والاغتصاب الجنسي للبالغين، أي ما يزيد على (٦٠%) من مجموع الدراسات المنشورة.

وترى فران نوريس (Norris,1992) أن الدراسات التي تناولت الاضطرابات التالية للصدمة كانت انتقائية في معظمها وأن غالبيتها ركز على أحداث بعينها، ولكنها أشارت إلى أن توجه الدراسات إلى تعرف حجم انتشار الأحداث الصدمية قد ازداد في الآونة الأخيرة، وأوردت الدراسة عدة دراسات تناولت قياس مقدار شيوع الاضطرابات التالية للصدمة PTSD عقب حوادث صدمية معينة، فكانت نسبة الشيوع بعد الكوارث (٤,٦%) (Robins et al.,1986) وعقب حرب فيتنام (١٥%) (Kulka et al.,1990)، وتعد الدراسة التي أجريت في سنة ١٩٨٧ (Helger et al.,1987)من أوائل الدراسات الايديومولوجية -إن لم تكن أولها- التي تعرضت لقياس مقدار شيوع الاضطرابات التالية للصدمة في المجتمع، واستخدمت الدراسة جدول المقابلة التشخيصية (DIS) Diagnostic Interview Schedule الذي طور ونشر في بداية الثمانينات



(Robin et at.,1981) ونتائج الدراسة المسحية لمنطقة التجمع الوبــائي في سانت لويس Epidemiologic Catchment Area Survey لتصــل إلى نتائج مؤداها أن (١%) من المجتمع الكلي يعاني من اضطرابات ما بعــد الصدمة، ولكن الدراسات التي تلت ذلك أشارت إلى أن الصورة المعدلـة من الأدوات المستخدمة في الدراسة السابقة تشير إلى أن نسبة الإصابــة تفوق ذلك بكثير، وأن عينة قوامها (١٠٠٠) من البالغين الذين تــراوح أعمارهم بين ٢١و٣٠ عاما بلغت نسبة المصــابين فيــهم (٣٩%) وأن نسبة شيوع هذه الاضطرابات في المجتمــع الكلــي تصــل إلى (٩%)؛ (Breslau et al.,1991). واستخدمت الدراسة التي قام بها دين كيلبــاترك وهايدي ريســنك (Kilpatrick&Resnick,1993) قائمــة بــالحوادث الصدمية أكثر تفصيلا من الأدوات التي استخدمت في الدراسات السابق الإشارة إليها، ووزعت القائمة على عينة احتمالية ممثلة قوامـها (١٥٠٠) امرأة، وجاءت النتائج مؤيدة لمعدل الانتشار السابق، وكانت أعلاها بين النساء اللاتي تعرضن للاغتصاب أو الاعتداءات الجنسية.

وقامت فران نوريس (Norris,1992) بدراسة مســحية لتحديــد مدى شيوع الأحداث الصدمية وتأثيراها في مجتمع سكني عــادي مــن



خلال معرفة تكرار حدوث عشرة أحداث صدمية، وشملت العينة فئات متنوعة من اثنتي عشرة منطقة سكنية في مدن متوسطة الحجم، تجمع بين السود والبيض، وتشمل الجنسين الذكور والإناث وفئات متنوعة من العمر، ورغم أن العينة المستخدمة لم تكن عشوائية بالمعنى المعروف، ومن الصعب الجزم بتمثيلها لمجتمع الدراسة، فإن النتائج (التكرارات) فاقت ما جاء في الدراسات السابق الإشارة إليها، فقد أفاد (٢٠%) من العينة (التي بلغت ألفا موزعة بالتساوي على أربع مدن) أنهم تعرضوا لحدث صدمي خلال العام المنصرم، كما ارتبط الإدراك المتزايد للاضطرابات التالية للصدمة بوقوع الفرد ضحية لها مسبقا، وبالنسبة إلى المجموعات الفرعية وفق المتغيرات الوصفية فلم تشر النتائج إلى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين الجنسين بخصوص الاضطرابات التالية للصدمة، في حين تباينت مواصفات الأحداث الصدمية بين الجنسين وبين البيض والسود، كما وجدت فروق جوهرية في الإحساس بالتأزم النفسي بين السود والبيض، ظهرت أعلاها لدى السود، وبخصوص الفئات العمرية كانت أقل التكرارات بين كبار السن، مما ينفي تراكمية الأحداث أو اختلاف التقدير للحدث وربما ضعف الذاكرة أو التركيز



على أحداث بعينها مما يدفع الأحداث الأخرى -رغم أهمية أثرهــا- إلى هامش الذاكرة.

بناء على ما أفرزته الدراسات السابقة من نتائج يتضــح وجــود عوامل ذاتية تتعلق الفرد لتحديد حساسيته للإصابة بالاضطرابات التاليــة للصدمة، أو ظهور مشكلات نفســية تاليــة لتعرضــه لكارثــة مــا، فالدراسات التي تناولت متغير العمر الزمني لم تصل إلى نتائج محددة مــن حيث ارتباط العمر الزمني بمستوى الإحســاس بالاضطرابــات التاليــة للصدمة، فقد أظهرت بعض النتائج أنه كلما كبر السن ارتبــط ذلــك بخبرة توافقية أكثر، مكنت الأفراد من اجتياز الأزمة بصورة أفضــل، في حين أظهرت نتائج أخرى أن قوة الفرد على المواءمــة تختلــف وفــق اختلاف نوعية الكارثة، أو تأثيرها على الذات، أو على من يعول، أمــا بالنسبة إلى الجنس فقد أشارت غالبية النتائج أن النساء أكثر اســتدخالا للآثار المترتبة على الصدمة، وأهن يتعرضن لضغوط نفسية أكثر خاصــة في ظروف العجز أو الضعف التالية للأزمة، وما تلقيه عليهن من أعبــاء نفسية واجتماعية ومالية، وإن كن أكثر اســتقبالا للدعــم المجتمعــي والاجتماعي، في حين كان الرجال أكثر قدرة على التغلب على توابــع



الأزمة، أو أقل إظهارا للأعراض المرضية، كما أشارت نتائج غالبية الدراسات إلى أن ارتفاع مستوى التعليم ومستوى الدخل يرتبط ارتباطا موجبا بظهور أعراض نفسية مرضية أقل، ولكن هذه النتائج ارتبطت بنوعية الصدمة وتوقعات الفرد حيالها، ويمثل التاريخ المرضي للفرد وحالته النفسية من صحة أو مرض أساسا للاستجابة للصدمات إيجابا أو سلبا، ولكن تحديد هذا التاريخ بصورة علمية دقيقة عادة ما يكون غائبا عند مقارنة النتائج البعدية، وإن كانت الاستقراءات النظرية تشير إلى منطقية تلك الاستنتاجات، كما أن المصادر الشخصية ذات أثر بعيد في رد الفعل تجاه الصدمة، وأن إدراك الضحية للتأزم التالي للصدمة يؤدي إلى تنبؤ أفضل بما سيكون عليه الأمر.

كما تشير مراجعة الدراسات السابقة إلى أن الباحثين على الساحة العربية وجهوا جل اهتمامهم لتعرف الآثار النفسية والاجتماعية للكوارث العامة التي تمثلت في حروب داخلية أو بينية، وأشاروا ضمنا إلى أن حدة الأثر ارتبطت بنوعية الصدمة وبعض المتغيرات الشخصية الديموجرافية، ولكنهم لم يتعرضوا لمفردات تدخل ضمن تعريف الصدمة باعتبارها حدثا يخرج عن نطاق الخبرة الاعتيادية للفرد، مما يضيق دائرة



التشخيص والعلاج، ومن ثم يقلل من غرض الإنماء الاجتماعي، ويبعدنا عن بعض المتغيرات التي تتداخل في تحديد مسار العلاج لفئات متعددة من المجتمع، ويحتم علينا البحث في جوانب الصدمات وسمات الضحايا وأساليب التكيف وإمكانات استثمار جوانب المحنة، ويظل المجال مفتوحا لأبحاث أكثر وذات تصميم مغاير وأدوات مستحدثة دون نقض للجهود السابقة.

أهمية الدراسة

١. تستند الدراسة الحالية إلى افتراض أساسي مؤداه أن الاعتبارات المتعلقة بالأفراد الذين يعانون من الاضطرابات التالية للصدمة (المصادر الشخصية الاجتماعية) يجب أن تكون عاملا أساسيا في اتخاذ قرارات التشخيص والعلاج، وأن التعامل مع حالات التأزم من خلال الرؤية النفسية (المصادر النفسية) أو طبيعة الحدث الصادم يؤدي إلى التعامل الوقتي مع الحادث أو الفرد دون احتمالات إمكان رسم سياسات علاجية، تتسم بالمرجعية



الميدانية والاستمرارية التأثيرية، وبالتالي فإن الدراسة الحالية تتبنى توجهات كلية، وتشير بوضوح إلى أهمية التعامل مع الاضطرابات التالية للصدمة على أساس من:

أ. تعرف أبعاد المواقف الصادمة والصورة المدركة لها عند الأفراد.

ب. تحديد مقدار تأثير الأحداث الصادمة على الأفراد على ثلاثة أبعاد رئيسية، تتعلق بالحفاظ على الذات (تهديد الحياة)، وصواب الرؤية المستقبلية (مشاعر الخوف)، والتصرف الآني (العجز عن التصرف).

٢. توفر الدراسة بيانات إمبريقية في إطار تأويلي جديد لواقع المواقف الصادمة من خلال ما أفرزته التوجهات الحديثة والتطورات في هذا المجال، من عدم قصرها على صدمات الحروب أو الاقتتال المدني، وامتدادها لتشمل المواقف "التي تخرج عن نطاق الخبرة العادية، وتستدعي قدرا هائلا من الانفعالات، منتهكة الافتراضات النفسية المألوفة لدى الفرد ومن ثم تخل بآليات التوافق لديه، عاصفة بمعنى وجوده وسلوكياته، ومرتكزة في



ذاكرته أو في نطاق اللاوعي في حالة حية يمكن استدعاؤها" من مثل الكوارث الطبيعية والحوادث الجسيمة شبه اليومية.

٣. تقدم الدراسة بعدا جديدا في دراسة الاضطرابات التالية للصدمة يمكن أن يشكل نموذجا أساسيا للتعامل مع تلك الاضطرابات، من حيث تناولها:

أ. لطبيعة الموقف الصادم سببا ونتيجة، فمن حيث السبب هل هو من فعل البشر أو كارثة طبيعية؟ ومن حيث النتيجة هل أثر تأثيرا مباشرا على الذات أو غير مباشر من خلال الأثر على الآخرين؟ وإن كان الأثر مباشرا على الذات فهل أصاب النفس أو المال أو الولد.

ب. للمصادر الاجتماعية الديموجرافية من حيث تناول علاقتها لمتغيرات الجنس والعمر الزمني والمستوى التعليمي والوظيفة ثم إدراك الفرد للتهديد الكامن في الحدث.

٤. يؤكد المدخل الرئيسي للدراسة الطبيعية الديناميكية للمواقف الصدمية من حيث تعامله مع المدركات المختزنة في الذاكرة في



إطار المتغيرات الديموجرافية للأفراد، ليشكل في النهاية ملامح رئيسية لاختيار أساليب العلاج ومساره، مع اعتبارات التفرد في تناول الحالات بما يتناسب مع خصوصية الأثر للموقف الصادم على "الضحية" وتفاعل "الضحية" مع الموقف الصادم.

حدود الدراسة

١. تعد الدراسة الحالية مقدمة لدراسة اثنوجرافية تصل إلى وصف لوجود الأحداث الصدمية والاضطرابات التالية لها في إطار التعريف الذي طرحته الرابطة الأمريكية لعلم النفس (APA,1985) في سياقها الاجتماعي والشخصي، لتضفي مزيدا من الضوء لتوضيح الصورة وفهمها وطرح احتمالات التعامل الصحيح معها، ولا تتعلق حدودها بالتصميم البحثي بقدر ما تتعلق بالعينة المستخدمة وإجراءات المعاينة وإمكانية التعميم على عينات أخرى إذا تماثلت الظروف والصفات، ولكن محاذير هذا التعميم تمتد لتصل إلى الأداة المستخدمة، فبرغم اعتبارات الصدق



والثبات الواردة فيها إلا أنها محدودة بالمظاهر الواردة فيها والأحداث المثبتة في الجزء الأول منها بالإضافة إلى أنها تتعامل مع تذكر الحدث الصادم وليس بمعايشته، بما يندرج تحت مبدأ أن تلك الذكريات ضرورية ولكنها ليست كافية لتحديد الأثر، كما أنها تتعامل مع استعادة الحدث عن طريق التعرف وليس عن طريق الاستعادة الذاتية باستثناء السؤال الفريد (الذي ضم تحت بند رقم ٢٧).

٢. الأداة المستخدمة في الدراسة تدخل تحت تصنيف الاستبانة أو مقياس التقدير Checklist ومثل الدراسة الحالية يجب أن تعتمد على مقاييس أخرى وأدوات إضافية لجمع البيانات، من مثل المقابلة الكلنيكية، ومن ثم فإن حدود البيانات المجمعة تقف عند نطاق الأداة المستخدمة، ولا تمتد لتشمل جوانب تختص بها أدوات أخرى أو وسائل مساندة.

٣. هذه الدراسة ذات طبيعة استطلاعية واعتمدت في تحديد المتغيرات الاجتماعية الديموجرافية Socio demographic على البيانات، فمثلا مستوى التعليم لم يتحدد من خلال المستوى



الدراسي التصنيفي المستخدم في الدراسة (ابتدائي، متوسط، ثانوي)، وتقسيم العمر الزمني تم بناء على اجتهادات الباحث وفق ما جاء في الدراسات السابقة التي أجريت في مجتمعات مخالفة، واعتمادا على التكرارات الواردة في كل مجموعة دون الرجوع إلى الخصائص النمائية لكل مجموعة عمرية في الإطار الثقافي الذي تنتمي إليه.

تساؤلات الدراسة

استنادا إلى الطرح النظري وطبيعة الدراسة يمكن تقسيم أسئلة الدراسة على محورين:

- المحور الأول: يتناول الأحداث الصدمية المختارة المتضمنة في المقياس وتنبثق عنه الأسئلة التالية:

١. ما مقدار شيوع الأحداث الصدمية المختارة، وترتيبها من حيث حدة الآثار المدركة على الأبعاد الثلاثة (تهديد الحياة، الخوف، العجز عن التصرف)؟



٢. ما نسبة الأفراد الذين تعرضوا لكل حادث من الأحـــداث الصدمية المختارة، مصنفين حسب تأثير الصدمــــة وفـــق الأبعاد الثلاثة المحددة؟

٣. هل توجد فروق بين الجنسين من حيث درجة الإحســـاس بالأثر السلبي المكون لرد الفعل تجاه الحدث الصدمي (على الأبعاد الثلاثة)؟

- المحور الثاني: يتناول الإحساس بالاضطرابات التالية للصدمــة وعلاقته من حيث الحدة بالمتغيرات التصنيفية للدراسة، وهـــذه المتغيرات تمتد للفرد (الضحية) والحادث (الموقف)، وتنـــدرج تحته الأسئلة الآتية:

٤. هل توجد فروق بـــين الأفـــراد في مقـــدار إحساســـهم بالاضطرابات التالية للصدمة وفق تصنيفهم على متغيرات:

أ. الجنس.

ب. المهنة.

ت. مستوى التعليم.



ث. الحالة الاجتماعية.

ج. العمر الزمني.

ح. إدراك الخطر الكامن في الأحداث الصدمية.

٥. هل توجد فروق بين المجموعات الفرعية للعينة، فيما يخص تأثير الحادث الصدمي (طبيعي/ بشري) على درجة الإحساس بالاضطرابات التالية للصدمة؟

٦. هل توجد فروق بين المجموعات الفرعية للعينة فيما يخص تأثير الحادث الصدمي (مباشر/ غير مباشر) على درجة الإحساس بالاضطرابات التالية للصدمة؟

٧. أي المتغيرات التصنيفية يعد أكثر أهمية في تحديد درجة الإحساس بالاضطرابات التالية للصدمة لدى الأفراد؟



إجراءات الدراسة

أداة الدراسة:

على الرغم من إقرار الباحثين بعدم وجود مقياس واحد يمكن عن طريقه تحديد التعقيدات المتعلقة بالحدث الصادم أو أثره على الأفـــراد أو إمكانية الاكتفاء به إلا أن ذلك لايقف حجر عثرة في طريق تناول الآثار المدركة لذلك الحدث من خلال تحديد أبعاد معينة اشتقت من المقابلات واتفق عليها جمهور الدارسين في هذا المجال، وتعد الأبعاد الثلاثـــة الـــتي تناولتها أداة الدراسة الحالية (الشعور بالخوف، الإحساس بالعجز عـــن التصرف، إدراك تهديد للحياة) معيارا نوعيا يضمن من خلال تحديـــدات كمية (١-٥) تقويما ذاتيا للآثار السلبية لذلك الحدث بغض النظر عـــن واقعية ذلك التقويم أو خصوصية التعامل معه، فمن المؤكـــد أن هنـــاك عوامل متداخلة تؤثر في إدراك الفرد لقوة تأثير الحدث الصدمي علـــى أي من هذه الأبعاد فإدراك التهديد الكامن في الموقف لحياة الفرد يقوم علـــى مقدار الحذر، أو توافر مسالك الهرب، أو القرب من عامل الهـــلاك، أو توقعات الفرد ...الخ، ويبقى التأكيد على الحاجة الأساســـية إلى تقديـــر



حدة التأثير السلبي ومجاله باعتبار ذلك البعد أساسيا في تحديد التأثير المرضي Pathogenic impact وإن ظل مفتوحا للتحليل البحثي، في إطار الحدود التي يسردها الباحثون مما دفع الباحثين للاعتراف بأنه "ليس هناك مجموعة واحدة من المقاييس الصادقة (أو الفاعلة) التي تتميز بالمناسبة دوما، وأن تطبيق تقديرات ذات مستويات متعددة للمتغيرات التي لم تصل بعد إلى مقاييس مقننة لها، يمكن أن تجعل التصميم البحثي قويا"؛ (Baum et al.,1993:128). وقد جاء اختيار الأبعاد الثلاثة السابقة الإشارة إليها باعتبارها مؤكدة للجانب الانفعالي أثناء التعرض للحدث الصدمي بصورة أساسية وذات طبيعة فردية، بحيث يكون الإقرار بها وإسنادها للحدث دالا إلى حد بعيد، ومهما تلون ذلك الإحساس بقدرة الفرد التكيفيه إلا أنه هو الوحيد المصدر الموثوق به في التعبير عن ذلك الإحساس، لأنه ببساطة "هو الذي تعرض للحدث"؛ (Green,1993:141).

بنيت أداة جمع البيانات بعد استعراض الأدوات في الدراسات المماثلة ذات العلاقة المنهجية بالدراسة الحالية، وتتكون الأداة من قسمين على غرار المقياس الذي استخدمته فران نورس



The Traumatic Stress (Norris,1992) ;Schedule:TSS، خصص القسم الأول لجمع بيانات عن التعرض لسبع وعشرين حادثة صدمية خلال العام السابق أو ما مضى من أيام (انظر الأداة)، وراوحت بين الاعتداء على النفس والمال والعرض، وشملت الكوارث الجماعية والجرائم الفردية إضافة إلى بيان مقدار الأثر الذي خلفته تلك الأحداث الصادمة وفق أبعاد ثلاثة (التهديد للحياة، الإحساس بالخوف، الشعور بالعجز عن التصرف) على ميزان ليكرت الخماسي (لا، قليلا، بدرجة متوسطة، كثيرا، كثيرا جدا)، في حين ركز الجزء الثاني على قياس الإحساس بالمشاعر السلبية المصنفة على أنها اضطرابات التأزم التالية للصدمة PTSD استنادا إلى ما جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الثالثة المراجعة (DSM-III-R) ويقابل المعايير التي اشترطها الدليل (Criteria A,B,C,D) إلى حد بعيد، واسترشادا بالقائمة المختصرة Brief Symptom Inventory (BSI;Drogatis&Spencer,1982)، ويطلب من الفرد أن يحدد إلى أي مدى تنطبق عليه ثماني عبارات تشير إلى الأحاسيس السلبية المرتبطة



بالتأزم التالي للصدمة، خلال الثلاثين يوما الماضيــــة، دون الإشـــارة إلى حادث معين.

ويستند صدق الأداة إلى ما أوردته الدراســـات الســـابقة الـــتي استخدمت أدوات مماثلة؛ (Norris,1990,1992)، كما أشـــار معـــامل الثبات ألفاكرونباخ إلى أن الأداة تتمتع بمستوى ثبات عال، وأنهـــا ذات اتساق داخلي مناسب (الجدولان ١، ٢).



جدول رقم (١)

يُشير إلى المتوسطات والانحرافات المعيارية للبنود الثمانية في مقياس PTSD (ن=٦٢٦٨)

م	البند	م	ع
١	الإحساس بالخدر	١,٩٩	١,٠٥
٢	فقدان الاهتمام بالآخرين	٢,٠٤	١,١١
٣	سهولة الاستثارة	٢,٤٢	١,١٥
٤	النسيان أو مشكلات في التركيز	٢,٤٤	١,١٤
٥	حدوث مشكلات في النوم	٢,٣١	١,١٦
٦	التركيز على مشكلات أو حوادث مؤلمة	٢,٤٩	١,١٤
٧	المعاناة من كوابيس ليلية	٢,١٨	١,١٣
٨	تجنب الأفراد أو الأماكن ذوي العلاقة بالحادث	٢,٠٩	١,١٨

وتشير البيانات السابقة إلى أن أقل المتوسطات تتعلق بالمعيار C وهي الإحساس بالخدر وفقدان الاهتمام بالآخرين أو الأماكن التي تذكر بالحادث، في حين جاءت البنود المرتبطة بالمعيار D الدال على أحاسيس الضجر والغضب بأعلى المتوسطات تقريبا، وهي سهولة الاستثارة وعدم القدرة على التركيز أو التذكر ومشكلات النوم، وتمثل المعيار B في بندين فقط (التركيز على الحوادث المؤلمة والوقوع فريسة كوابيس



ليلية)، كما حسبت معاملات الارتباط بين البنود الثمانية للتحقق من الاتساق الداخلي للأداة.

جدول رقم (٢)

يشير إلى معاملات الارتباط بين بنود الأداة الثمانية (ن=٦٢٦٨)

رقم البند	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
٢	٠,٤٢٣						
٣	٠,٢٩٣	٠,٣٠٤					
٤	٠,٣١٦	٠,٣٥٨	٠,٣٣٩				
٥	٠,٢٩٧	٠,٣٠٩	٠,٢٩٣	٠,٣٦٣			
٦	٠,٢٧٨	٠,٢٩٥	٠,٣٣٦	٠,٣١٧	٠,٣٥٦		
٧	٠,٢٣٧	٠,٢٤٠	٠,٣١٢	٠,٢٦١	٠,٣٦٨	٠,٤٥٣	
٨	٠,١٨٦	٠,٢٢٦	٠,٢٢٩	٠,٢٠٧	٠,١٩٨	٠,٣٠٣	٠,٣٠٨

وجاءت كلها دالة عند مستوى ٠,٠٥ أو أقل مما يشير إلى الاتساق الداخلي للأداة، وهو ما أكدته بيانات التحليل العاملي بعد استخراج مقياس كفاية المعاينة (M.S.A) حيث بلغت قيمته (٠,٨٥٢) وكشف تحليل معاملات الارتباط بطريقة المكونات المركزية عن وجود



عامل واحد، جذره الكامن ٣,١١٦، وقد استوعب ٣٩% من التباين الكلي، ولذا لم تخضع البيانات إلى التدوير خاصة، وراوحت تشبعات البنود الثمانية على هذا العامل بين ٠,٥٠٣ - ٠,٦٨١، ويعد ذلك مؤشرا على الصدق العاملي للأداة، كما بلغت قيمة ألفا ٠,٧٧، وأشار تحليل البنود إلى انخفاض قيمة ألفا في حالة خصم أي من البنود بنسبة ضئيلة يبلغ مداها ٠,٠٣.

عينة الدراسة:

بلغ مجموع عينة الدراسة ٦٢٦٨ فردا، وكان تقسيمهم كالتالي وفق المتغيرات الوصفية؛ الجدول رقم (٣).



جدول رقم (٣)

يشير إلى تقسيم أفراد العينة وفق المتغيرات الوصفية

المتغير	البيان	العدد
الجنس	ذكور	٣١١٨
	إناث	٣١٥٠
العمر	أقل من ٢٠	٢٩٤٥
	٢٠-٢٥	١٤٤٧
	٢٦-٣٤	١٢٦٦
	٣٥-٤٥	٥٣٦
	أكثر من ٤٥	٧٤
مستوى التعليم	الابتدائي	١٧١
	الثانوي	٢٣٩٢
	الجامعي	٣٦٩٧
الحالة الاجتماعية	أعزب	٢٠٤٢
	متزوج	٣٩٩٣
	مطلق/أرمل	٤٠
المهنة	طالب	٢١٩٤
	موظف	٢٠٦٩



ويمثل هذا التقسيم التوزيع الافتراضي لمجتمع الدراســـة إلى حـــد بعيد.



النتائج

ترتيب الأحداث الصدمية وفق آثارها المدركة لدى الأفراد موزعة على الأبعاد الثلاثة للدراسة

لتعرف مقدار شيوع الأحداث الصدمية التي وردت في المقياس وترتيبها من حيث حدة الآثار المدركة من الأفراد موزعة على الأبعاد الثلاثة المكونة للاضطرابات التالية للصدمة (تهديد الحياة، الخوف، العجز عن التصرف) استخرجت النسبة المئوية للثقل الخاص بكل حادثة عن طريق ضرب التكرارات لتعيين التعرض للحدث في متوسط تحديد الأثر ثم رتبت الأحداث تصاعديا. الجدول رقم (٤) وفيه يمثل (الرقم) الرقم المسلسل للحادث على المقياس المستخدم في الدراسة.



جدول رقم (٤)

ترتيب الأحداث الصدمية وفق الأوزان الاعتبارية لحدة الآثار المدركة

مسلسل	رقم	تهديد الحياة	رقم	الخوف	رقم	العجز عن التصرف
١	٦	١,٧	٦	١,٧	٦	١,٧
٢	١٩	١,٩	١٩	١,٩	١٩	١,٩
٣	١٠	٢,٥	١٠	٢,٥	١٠	٢,٥
٤	٢٥	٢,٨	٢٥	٢,٨	٢٥	٢,٨
٥	٩	٢,٩	٩	٣,٠	٩	٢,٩
٦	٨	٣,٥	٨	٣,٥	٨	٣,٥
٧	٧	٣,٨	٥	٣,٨	٥	٣,٨
٨	٥	٣,٩	٧	٣,٨	٧	٣,٨
٩	٢٠	٤,٠	٢٠	٤,١	٢٠	٤,٠
١٠	١	٤,٧	١	٤,٦	١	٤,٦
١١	٢٣	٥,٨	٢٣	٤,٨	٢٣	٤,٧
١٢	٢	٧,١	٢	٧,٠	٢	٧,٠
١٣	٢١	٨,٢	٢١	٨,٣	٢١	٨,٣
١٤	٢٧	٩,٥	٢٧	١٠,١	٢٧	١٠,٣
١٥	١٢	١٠,٨	١٢	١٠,٨	١٢	١٠,٧



مسلسل	رقم	تهديد الحياة	رقم	الخوف	رقم	العجز عن التصرف
١٦	٢٦	١٠,٨	٢٦	١٠,٨	٢٦	١٠,٨
١٧	١٤	١٠,٩	٣	١١,٠	٣	١١,٠
١٨	٣	١١,٠	١٤	١١,١	١٤	١١,٠
١٩	١٦	١٢,٤	١٦	١٢,٥	١٦	١٢,٥
٢٠	١٥	١٤,٤	١٥	١٤,٣	١٥	١٤,٣
٢١	٤	٢١,٠	٤	٢١,٠	٤	٢١,١
٢٢	١١	٢٥,٧	١١	٢٥,٧	١١	٢٥,٦
٢٣	٢٢	٢٦,٧	٢٢	٢٦,٧	٢٢	٢٦,٩
٢٤	١٣	٢٨,٤	١٣	٢٨,٤	١٣	٢٨,٣
٢٥	١٨	٣٥,٩	١٨	٣٦,٤	١٨	٣٦,٤
٢٦	٢٤	٤٩,٧	٢٤	٤٩,٧	٢٤	٤٩,٨
٢٧	١٧	٧٠,٠	١٧	٦٩,٨	١٧	٦٩,٧

ويلاحظ من الترتيب السابق التطابق شبه التام في الترتيب الخلص بقوة الآثار المدركة للحدث على الأبعاد، مما يبين اتفاق الضحايا على أن الأبعاد الثلاثة تشكل فيما بينها صلب الاضطرابات التالية للصدمة، وذات دلالة موحدة على فجاءة الحدث وتأثيره على الفرد. أما بخصوص



ترتيب تلك الأحداث فقد احتل "العدوان العراقي" أعلى القائمة من حيث حدة التأثير السلبي على الأفراد بفارق يبلغ ٢٠% عن الذي يليه (فقدان الوطن) برغم ارتباطهما على أساس أن "فقدان الوطن" كان نتيجة "العدوان العراقي"، واقتربت نسبة الحادث الذي يسبقهما من باقي الأحداث، فجاءت نسبة ثقلها مقارنة بعضها ببعض مقاربة في الأثر بقدر يسمح الترتيب باتساع دائرتها، وقد بلغ مدى التفاوت بين رقمي ٢٥،١ و ٣٤,٥، في حين بلغ التفاوت بين رقمي ٢٧،٢٥ و ٣٣,٦ في المتوسط مما يدل على خصوصية الأثر لحادث "العدوان العراقي" ويعزز ذلك ما جاء بالنسبة إلى البنود اللاحقة لحادث "العدوان العراقي" حيث كانت متعلقة بأحداث العدوان العراقي "رؤية حادث مرعب"، "الاشتراك في الحرب ومعايشتها"، وفي المقابل جاءت الأحداث الخمسة التي شغلت أدنى القائمة في تأثيرها السلبي المحدد بالأبعاد الثلاثة المذكورة ضمن قائمة الحوادث التي تؤثر تأثيرا مباشرا على الفرد، ولكنها قليلة الحدوث، أو أنها تفقد عنصر المفاجأة الذي يخرجها عن نطاق التوقع بصورة قاطعة، وشغل الحادث الخاص الذي يمكن أن يكون الفرد قد تعرض له، ولم يرد في المقياس منتصف القائمة



(مسلسل ١٤) مما يشير إلى أن احتمالات تعرض الفرد لأحداث أخرى موجودة، وأن قائمة الأحداث المعروضة في المقياس جاءت تحديدا وليس حصرا.

تحديد نسبة الأفراد الذين تعرضوا لكل حادث من الأحداث الصدمية وتصنيفهم من حيث الإحساس بتأثير الصدمة وفق الأبعاد الثلاثة المحددة للإحساس بالاضطرابات التالية للصدمة، (الجدول رقم ٥)، وفي تحديد مقدار التأثر قسمت التكرارات إلى ثلاث خانات: (لا)، (معتدل = قليلا + بدرجة متوسطة)، (شديد = كثيرا +كثيرا جدا).



جدول رقم (٥)

يبين نسبة التعرض للحدث بالإضافة إلى مدى التأثر به

م	الحدث	البعد	تهديد الحياة			الخوف			العجز عن التصرف		
		مدى التأثير	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد
١	الاختطاف	ن %	١٠٧ ٣١,٥	٧٠ ٢٣,٩	١١٦ ٣٩,٦ ٢٩٣	٦٩ ٢٣,٨	٦٠ ٢٠,٧	١٦١ ٥٥,٥ ٢٩٠	٩٧ ٣٣,٨	٨٦ ٣٠	١٠٤ ٣٦,٢ ٢٨٧
٢	الوقوع في الأسر	ن %	١١١ ٢٥,١	١٠٣ ٢,٣٣	٢٢٨ ٥١,٦ ٤٤٢	٦٣ ١٤,٤	١١٠ ٢٥	٢٦٦ ٦٠,٦ ٤٣٩	٧٥ ١٧,٢	١٠٠ ٢٢,٨	٢٦٢ ٦٠ ٤٣٧
٣	الاعتداء بالضرب	ن %	٢٥٦ ٣٧,٣	٢٥١ ٣٦,٥	١٨٠ ٢٦,٢ ٦٨٧	١٦٤ ٢٣,٨	٢٨٢ ٤١	٢٤٢ ٣٥,٢ ٦٨٨	٢١١ ٣٠,٧	٢٢١ ٣٢,٢	٢٥٥ ٣٧,١ ٦٨٧
٤	السرقة	ن %	٨٥٩ ٦٥,٢	٢٨٣ ٢١,٤٧	١٧٦ ١٣,٣٥ ١٣١٨	٤٩٧ ٣٧,٧	٥١٨ ٣٩,٣٠	٣٠٣ ٢٢,٩٨ ١٣١٨	٣٤٩ ٢٦,٤	٤١٠ ٣١	٥٦٥ ٤٢,٦ ١٣٢٤
٥	كارثة طبيعية	ن %	٧٥ ٣٠,٧	٨١ ٣٣,١٩	٨٨ ٣٦,٠٦ ٢٤٤	٤٣ ١٧,٩	٨٧ ٣٦,٢٥	١١٠ ٤٥,٨٣ ٢٤٠	٧٨ ٣٢,٥	٧٢ ٣٠,٠	٩٠ ٣٧,٥٠ ٢٤٠
٦	انهيار المسكن	ن %	٣٥ ٣٢,٧	١٧ ١٥,٨٨	٥٥ ٥١,٤٠ ١٠٧	٣١ ٢٩,٢	١٦ ١٥,٠٩	٥٩ ٥٥,٦٦ ١٠٦	٣٩ ٣٦,٨	٢٦ ٢٤,٥٢	٤١ ٣٨,٧٦ ١٠٦



م	الحدث	البعد	تهديد الحياة			الخوف			العجز عن التصرف		
		مدى التأثير	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد
٧	التعذيب	ن	٥٥	٦٦	١٢٠	٤٣	٦٧	١٣١	٥٣	٤٥	١٤٤
		%	٢٢,٨	٢٧,٣٨	٤٩,٧٩	١٧,٨	٢٧,٨٠	٥٤,٣٥	٢١.٩	١٨,٥٩	٥٩,٥٠
					٢٤١			٢٤١			٢٤٢
٨	تفجير إرهابي	ن	٥٣	٦٢	١٠٣	٣١	٥٥	١٣٦	٥٨	٦٢	٩٩
		%	٢٤,٣	٢٨,٤٤	٤٧,٢٤	١٤,٠	٢٤,٧٧	٦١,٢٦	٢٦,٥	٢٨,٣١	٤٥,٢٠
					٢١٨			٢٢٢			٢١٩
٩	إصابة كيميائية	ن	٦٥	٥٤	٦٤	٣٧	٦٨	٨٢	٦٨	٦٢	٥٣
		%	٣٥,٥	٢٩,٥٠	٣٤,٩٧	١٩,٨	٣٦.٣٦	٤٣,٨٥	٣٧,٢	٣٣,٨٧	٢٨,٩٦
					١٨٣			١٨٧			١٨٣
١٠	اعتداء جنسي	ن	٢٦	٣٥	٥٣	٥١	٣٢	٧١	٥٧	٢٤	٧٤
		%	٤٣,٦	٢٢,٤٣	٣٣,٩٧	٣٣,١	٢٠,٧٧	٤٦,١٠	٣٦,٨	٦٥,٤٨	٤٧,٧٤
					١٥٦			١٥٤			١٥٥
١١	حادث سيارة جسيم	ن	٢٨٨	٥٠٨	٨١٢	٩٤	٤٧٦	١٠٥١	٢٦٣	٥٧٦	٧٦٨
		%	١٧,٩	٣١,٥٩	٥٠,٤٩	٥,٨	٢٩,٥٢	٦٥,١٩	١٦,٤	٣٥,٨٤	٤٧,٧٩
					١٦٠٨			١٦١٢			١٦٠٧
١٢	صدمة كهربائية	ن	١٧٥	١٧٥	٢٢٥	٧٤	٤٨١	٣١٩	١٩١	٢٠٥	٢٧٥
		%	٢٥,٩	٢٥,٩٢	٣٣.٣٣	١١,٠	٧١,٣٦	٤٧,٣٢	٢٨,٥	٨٤,٢٠	٣٠,٥٥
					٦٧٥			٦٧٤			٦٧١
١٣	الاشتراك في الحرب أو معايشتها	ن	١٩٨	٤٤٩	١١٣٣	١٥٣	٥٠٠	١١٢٥	٣٣٣	٥٦٥	٤٨٧
		%	١١,١	٢٥,٢٢	٦٣,٦٥	٨,٦	٢٨,١٢	٦٣,٢٧	١٨,٨	٣١,٨٨	٢٧,٣٩
					١٧٨٠			١٧٧٨			١٧٧٢



م	الحدث	البعد	تهديد الحياة			الخوف			العجز عن التصرف		
		مدى التأثير	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد
١٤	ضياع طفل أو فقده	ن %	٣٥٦ ٥٢,٣	١٤٥ ٢١,٢٩	١٨٠ ٢٦,٤٣ ٦٨١	٤٥ ٦,٥	١٦١ ٢٣.٢٣	٤٨٧ ٧٠,٢٧ ٦٩٣	١٦٤ ٢٣,٨	٢٣٧ ٣٤,٤٤	٢٨٧ ٤١,٧١ ٦٨٨
١٥	التعرض للغرق	ن %	١٣٨ ١٥,٣	٢٥٩ ٢٨,٧١	٥٠٥ ٥٥,٩٨ ٩٠٢	٥٥ ٦,١	١٨٩ ٢١,٠٧ ٣٠٨	٦٥٣ ٧٢,٧٩ ٨٩٧	١٢٨ ١٤,٣	٢٤٨ ٢٧,٧	٥١٨ ٥٧,٩٤ ٨٩٤
١٦	حريق بالمترل أو السيارة	ن %	٢٣٥ ٣٠,٢	٣٠٨ ٣٩,٥٨	٢٣٥ ٣٠,٢٠ ٧٧٨	٧٨ ٩٠٩	٣٠٨ ٣٩,٢٣	٣٩٩ ٥٠,٨٢ ٧٨٥	٢٤٦ ٣١,٥	٢٤٧ ٣١,٥٨	٢٦٢ ٣٣,٥٠ ٧٨٢
١٧	العدوان العراقي	ن %	٥٠٨ ١١,٦	٩١٩ ٢٠,٩٥	٢٩٥٩ ٦٧,٤٦ ٤٣٨٦	٢١٢ ٤,٨	١٠٥٧ ٢٤,١٤	٣١٠٩ ٧١,٠١ ٤٣٧٨	٥٠٨ ١١,٦	١١٩٥ ٢٧,٣٥	٢٦٦٥ ٦١,٠١ ٤٣٦٨
١٨	رؤية حادث مرعب	ن %	١٣٤٩ ٥٩,٥	٤٨٠ ٢١,٣١	٤٢٣ ١٨,٧ ٢٢٥٢	٢٠٨ ٩,١	٨١٠ ٣٥,٤٧	١٢٦٥ ٥٥,٤ ٢٢٨٣	٥٠٢ ١٧٦٨	٧١٦ ٣١,٥٤	١٠٥٢ ٤٦,٣٤ ٢٢٧٠
١٩	فقدان أحد أعضاء الجسم	ن %	٥٠ ٤١,٣	٣٦ ٢٩,٧٢	٣٥ ٢٨,٩٢ ١٢١	٣٧ ٣٠,٨	٤٢ ٣٥	٤١ ٣٤,١٦ ١٢٠	٤٢ ٣٥,٣	٣٧ ٣١,٠٩	٤٠ ٣٣,٦١ ١١٩
٢٠	محاولة قتل	ن %	٤١ ١٦,٢	٦٥ ٢٥,٦٩	١٤٧ ٥٨,١٠ ٢٥٣	٤٦ ١٨,١	٧٠ ٢٧,٥٥	١٣٨ ٥٤,٣٣ ٢٥٤	٦٨ ٢٧,٠	٨٤ ٣٣.٣٣	١٠٠ ٣٩,٦٨ ٢٥٢



م	الحدث	البعد	تهديد الحياة			الخوف			العجز عن التصرف		
		مدى التأثير	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد
٢١	هجرة إجبارية	ن	١٠٩	١٣٨	٢٦٩	٧٤	١٣٨	٣٠٦	٨٩	١٢٩	٣٠٣
		%	٢١,١	٢٦,٧٤	٥٢,١٣	١٤,٣	٢٦,٦٤	٥٩,٠٧	١٧,١	٢٤,٧٦	٥٨,١٥
					٥١٦			٥١٨			٥٢١
٢٢	وفاة عزيز في حادث	ن	٩٩٨	٣٠٦	٣٧٠	٢٧٦	٥١١	٨٨٩	٣٢٤	٣٥١	١٠٠٩
		%	٥٩,٦	١٨,٢٧	٢٢,١٠	١٦,٥	٣٠,٤٨	٥٣,٠٤	١٩,٢	٢٠,٨٤	٥٩,٩١
					١٦٧٤			١٦٧٦			١٦٨٤
٢٣	تعرض لإطلاق الرصاص	ن	٥٣	٨٠	٢٣٠	٤٢	٩٣	٢٣١	٨٨	٩٨	١٧٤
		%	١٤,٦	٢٢,٠٣	٦٣,٣٦	١١,٥	٢٥,٤٠	٦٣,١١	٢٤,٤	٢٧,٢٢	٤٨,٣٣
					٣٦٣			٣٦٦			٣٦٠
٢٤	فقدان الوطن	ن	٣٦٨	٥٠٢	٢٢٤٦	١٣٠	٤٥٥	٢٥٣٤	٢٩٢	٦٦٥	٢١٦٣
		%	١١,٨	١٦,١١	٧٢,٠٧	٤,٢	١٤,٥٨	٨١,٢٤	٩,٤	٢١,٣١	٦٩,٣٢
					٣١١٦			٣١١٩			٣١٢٠
٢٥	حادث طيارة	ن	٤٨	٣٩	٨٩	٣٢	٤٢	١٠١	٤٠	٣٤	٩٩
		%	٢٧,٣	٢٢,١٥	٥٠,٥٦	١٨,٣	٢٤	٥٧,٧١	٢٣,١	١٩,٦٥	٥٧,٢٢
					١٧٦			١٧٥			١٧٣
٢٦	خسارة مالية	ن	٢٩١	١٦٨	٢١٧	١٧١	٢٦٠	٢٤٥	١٢٣	٢٠٩	٣٤٨
		%	٤٣,٠	٢٤,٨٥	٣٢,١٠	٢٥,٣	٣٨,٤٦	٣٦,٢٤	١٨,١	٣٠,٧٣	٥١,١٧
					٦٧٦			٦٧٦			٦٨٠
٢٧	حادث آخر مؤلم	ن	١٦٠	١٣٢	٣٠٤	٦٥	١٣٢	٤٣٦	٦٤	١٧٨	٤٠٣
		%	٢٦,٨	٢٢,١٤	٥١,٠٠	١٠,٣	٢٠,٨٥	٦٨,٨٧	٩.٩	٢٧,٥٩	٦٣,٤٨
					٥٩٦			٦٣٣			٦٤٥



ومن مراجعة الجدول السابق نجد أن الأحداث الصدمية التي اشتمل عليها المقياس قد تعرض لها نسبة من المستجيبين راوحت بين ١,٧% (انهيار المسكن وأنت فيه) و ٧٠% (العدوان العراقي)، كما بلغت نسبة الذين أفادوا تعرضهم لحادث لم يتضمنه المقياس ٩,٥%، مما يشير إلى أن إجراءات التصدي للاضطرابات التالية للصدمات يجب أن تتسع دائرتها لتشمل التصنيف الجديد للأحداث الصدمية الذي جاء في مقدمة هذه الدراسة، خاصة أن تلك الحوادث قد تركت أثرا راوحت شدته بين المعتدل والشديد.

ولتحديد الفروق بين الجنسين فيما يخص الأبعاد الثلاثة، حسبت التكرارات واستخرجت قيم (كا) تربيع على متغيرين رئيسين: أولهما اللامبالاة، أو عدم تذكر رد الفعل الاضطرابي، أو الإحساس به مقابل الإحساس بالأثر، وفق كل بعد من الأبعاد الثلاثة، وثانيهما درجة الإحساس بالأثر بين المعتدل والشديد، الجدول رقم (٦).



جدول رقم (٦)

قيم (كا) تربيع للفروق بين الجنسين على متغير الإحساس بالأثر السلبي من عدمه

الحدث	البعد	تهديد الحياة				الخوف				العجز عن التصرف			
	بيان	لا	نعم	X^2	الدلالة	لا	نعم	X^2	الدلالة	لا	نعم	X^2	الدلالة
١	د	٦٠	٩٢	١,١٩	غ د	٤٦	١٠٣	٨,٤٧	٠,٠١	٥٧	٩٢	٢,٧٥	غ د
	ش	٤٧	٩٤			٢٣	١١٨			٤٠	٩٨		
٢	د	٦٩	٢٥١	٧,٠٧	٠,٠١	٤٦	٢٧٢	٠,٠١	غ د	٤٩	٢٦٧	٢,٢	غ د
	ش	٤٢	٨			١٧	١٠٤			٢٦	٩٥		
٣	د	١٧٩	٣١٥	٠,٧٩	غ د	١٣٠	٣١٣	٦,١٤	٠,٠٥	١٦٣	٣٢٩	٤,٧٦	٠,٠٥
	ش	٧٧	١١٦			٣٤	١٦١			٤٨	١٤٧		
٤	د	٤٦٨	٢٣٤	١,١٧	غ د	٣٢٥	٣٧٩	١٦,٠	٠,٠٠٠١	٢٠١	٥٠٦	٣,٣٥	غ د
	ش	٣٩١	٢٢٥			١٧٢	٤٤٢			١٤٨	٤٦٩		
٥	د	٣٨	١٠٣	٢,٢٥	غ د	٢٧	١١٢	٠,٥١	غ د	٤٣	٩٦	٠,٣٧	غ د
	ش	٣٧	٦٦			١٦	٨٥			٣٥	٦٦		
٦	د	١٨	٥٢	٤,٥	٠,٠٥	١٧	٥٢	٢,٠٣	غ د	٢١	١٨	٣,٤٣	غ د
	ش	١٧	٢٠			١١	٢٣			١٨	١٩		
٧	د	٣٧	١٥٤	٦,٢٢	٠,٠٥	٢٦	١٦٥	١١,٢٤	٠,٠٠١	٣٧	١٥٤	٣,٣٩	غ د
	ش	١٨	٣٢			١٧	٣٣			١٦	٣٥		
٨	د	٣٦	٩٠	٢,٤٩	غ د	٢١	١٠٧	١,٥	غ د	٣٩	٨٧	٣,٠٤	غ د
	ش	١٧	٧٥			١٠	٨٤			١٩	٧٤		
٩	د	٣٩	٧٩	٠,٨٨	غ د	٢٢	٩٨	٠,٤٤	غ د	٤٤	٧٤	٠,٠٠٢	غ د
	ش	٢٦	٣٩			١٢	٥٢			٢٤	٤١		
١٠	د	٤٢	٤٣	٢,٥٧	غ د	٣٣	٥٢	٢,٧٩	غ د	٤١	٤٤	١٠,٦٣	٠,٠١
	ش	٢٦	٤٥			١٨	٥١			١٦	٥٤		
١١	د	١٧٩	٧٤١	٣,٤٩	٠,٠٦	٨٣	٨٣٨	٣٩,٥٨	٠,٠٠٠١	١٧٢	٧٤٧	٨,٦٦	٠,٠١
	ش	١٠٩	٥٧٩			١١	٦٨٠			٩١	٥٩٧		
١٢	د	١١٠	٣٠٩	٠,٠٦	غ د	٥٥	٣٦١	٥,٥٩	٠,٠٥	١٢٩	٢٨٦	٣,٦٦	٠,٥٥
	ش	٦٥	١٩١			١٩	٢٣٩			٦٢	١٩١		



الحدث	البعد	تهديد الحياة				الخوف				العجز عن التصرف			
	بيان	لا	نعم	X^2	الدلالة	لا	نعم	X^2	الدلالة	لا	نعم	X^2	الدلالة
١٣	د	١٠٤	٦٧٨	٥,٩٠	٠,٠٥	١٢٧	٦٦٤	١٠٠,٥٧	٠,٠٠٠١	٢٠٩	٥٧٧	٥٦,٢٨	٠,٠٠٠١
	ش	٩٤	٨٩٥			٢٦	٩٦١			١٢٤	٨٦٢		
١٤	د	١١١	١٠٨	٢,٩٨	غ د	٣٢	٢٢٠	٢٥,١١	٠,٠٠٠١	٧٨	١٧٢	١١,٧٢	٠٠١
	ش	٢١٥	٢١٧			١٣	٤٢٨			٨٦	٣٥٢		
١٥	د	٨٣	٣٩٧	٣,١٤	غ د	٤٠	١٣٥	٩,١٩	٠,٠١	٧٢	٤٠٢	,٥٢	غ د
	ش	٥٥	٣٦٧			١٥	٤٠٧			٥٦	٣٦٤		
١٦	د	١١٧	٢٢٧	٤,٢٤	٠,٠٥	٤٩	٢٩٨	١٢,١٧	٠,٠٠١	١٤١	٢٠٣	٢٥,٨٧	٠,٠٠٠١
	ش	١١٨	٣١٦			٢٩	٤,٩			١٠٥	٣٣٣		
١٧	د	٢٧٤	١٧٢٨	١٥,٩٢	٠,٠٠٠١	١٦١	١٨٣٦	٨٢,٦١	٠,٠٠٠١	٢٨١	١٧١٥	٢١,٤٣	٠,٠٠٠١
	ش	٢٣٤	٢١٥٠			٥١	٢٣٣٠			٢٢٧	٢١٤٥		
١٨	د	٧١٩	٤٥٣	٢,١٣	غ د	١٦٥	١٠٢٦	٧٦,٦٥	٠,٠٠٠١	٣١٥	٨٧٠	٢٨,٧٣	٠,٠٠٠١
	ش	٦٣٠	٤٥٠			٤٣	١٠٤٩			١٨٧	٨٩٨		
١٩	د	٣٥	٥٨	٢,٤٥	غ د	٢٦	٦٦	١,٢٢	غ د	٢٧	٦٤	٥,٣٦	٠,٠٥
	ش	١٥	١٣			١١	١٧			١٥	١٣		
٢٠	د	٢٦	١٥٧	١,٤٩	غ د	٣٢	١٥٢	٠,٢٣	غ د	٥٣	١٢٩	١,١٥	غ د
	ش	١٥	٥٥			١٤				١٥	٥٥		
٢١	د	٦٧	٢٠٨	٣,٧١	٠,٠٥٤	٥٢	٢٢٢	١٠,٤٦	٠,٠١	٥٧	٢٢٠	٥,١٠	٠. ٥
	ش	٤٢	١٩٩			٢٢	٢١٢			٣٤	٢١٢		
٢٢	د	٥٥٨	٣٣١	٧,٨١	٠,٠١	٢١٢	٦٧٧	٧١,٩٤	٠,٠٠٠١	١٩٩	٦٩٧	١٠,٨٧	٠,٠٠ ١
	ش	٤٤٠	٣٤٥			٦٤	٧٢٣			١٢٥	٦٦٣		
٢٣	د	٣٥	٢٢١	٠,٦	غ د	٣٢	٢٢٣	- ٩٥	غ د	٧٠	١٨٣	٤,٧٩	٠,٠٥
	ش	١٨	٨٩			١٠	١٠١			١٨	٨٩		
٢٤	د	٢١١	١٢٤٧	١٢١,٢٦	٠,٠٠٠١	١٠٤	١٣٥٣	٦٠,٣٨	٠,٠٠٠١	١٦٨	١٢٩٤	١٤,٧٤	٠,٠٠١
	ش	١٥٤	١٥٠١			٢٦	١٦٣٦			١٢٤	١٥٣٤		
٢٥	د	٢٨	٧٦	٠,٠١	غ د	١٩	٨٥	٠٠٠	غ د	٢٥	٧٧	٠,٢٧	غ د
	ش	٢٠	٥٢			١٣	٥٨			١٥	٥٦		
٢٦	د	١٨٢	٢١٧	٢,٢٦	غ د	١١٩	٢٧٩	١٠ ٥٨	٠,٠٠١	٧٩	٣٢٢	١,١٧	غ د
	ش	١٠٩	١٦٨			٥٢	٢٢٦			٤٤	٢٣٥		



الحدث	البعد	تهديد الحياة				الخوف				العجز عن التصرف			
	بيانات	لا	نعم	X^2	الدلالة	لا	نعم	X^2	الدلالة	لا	نعم	X^2	الدلالة
٢٧	ذ ث	٦٤ ٢٢	١٨٩ ٢٤٧	١١.١٣	٠.٠٠١	٤٦ ١٩	٢١٥ ٣١٣	١٧.٩٣	٠.٠٠٠١	٣٥ ٢٩	٢٧١ ٣١٠	١.٤٩	غ د

ويلاحظ من الجدول السابق تباين مستوى الدلالة بالنسبة للفروق بين الجنسين على الأبعاد الثلاثة فيما يخص الحدث الواحد، فعلى سبيل المثال نجد أن (التعرض للاختطاف) كان مثيرا لمشاعر تهديد الحياة، وكذلك للإحساس بالعجز عن التصرف، في حين جاءت الفروق في صالح الإناث فيما يتعلق باستثارة مشاعر الخوف لديهن، حيث بلغت نسبة اللاتي قلن بأن الخوف تملكهن ٨٣,٧% مقابل نسبة ٦٩,١% من الذكور، وتوافقت هذه النتيجة مع حوادث التعرض للسرقة والغرق والخسارة المالية الضخمة، ولم تشر قيم كا تربيع إلى وجود فروق دالة بين الجنسين بخصوص التعرض للحوادث الصدمية: الكوارث الطبيعية، التفجير الإرهابي، الإصابات الناتجة عن مواد كيميائية، محاولة القتل، حادث طائرة. وتقاربت أعداد الأفراد الذين انتابتهم مشاعر إمكانية فقد حياتهم أو الإحساس بالخوف أو شعورهم بالعجز عن التصرف ذكورا أو إناثا عند التعرض لتلك الحوادث وفي المقابل نجد في بعض الحوادث



الصدمية (حادث خطير بالسيارة، صدمة كهربائية، الاشتراك في الحرب ومعايشتها، حريق بالمترل أو السيارة، العدوان العراقي)، جاءت قيم كا تربيع كلها دالة وتشير إلى ارتفاع حدة الأثر على الأبعاد الثلاثة لدى الإناث مقارنة بالذكور، وأن عدد الإناث اللاتي شعرن بالتهديد لحيلهن وتملكهن الخوف وسيطرت عليهن مشاعر العجز عن التصرف في مقابل تلك الأحداث فاق عدد الذكور الذين انتابتهم تلك المشاعر، وتبدو هذه النتيجة منطقية في إطارها الثقافي وأبعادها البيولوجية.

ويظل الاحتمال قائما بوجود فروق بين الجنسين حتى في درجة الإحساس بالأثر السلبي للحدث، أي أن الأحداث الصدمية التي قد تتشابه فيها تكرارات الأحاسيس السلبية بين الذكور والإناث، ربما اختلفت تلك التكرارات اختلافا جوهريا فيما يخص حدة الأثر، وللتحقق من هذا الاحتمال استخرجت قيم كا تربيع على متغير حدة الأثر بين المعتدل والشديد بالنسبة للجنسين، الجدول رقم (٧).



جدول رقم (٧)

قيم (كا) تربيع لدلالة الفروق بين الجنسين على متغير حدة الأثر (معتدل – شديد)

الحدث	البعد	تهديد الحياة				الخوف				العجز عن التصرف			
	بيان	لا	نعم	X^2	الدلالة	لا	نعم	X^2	الدلالة	لا	نعم	X^2	الدلالة
١	د	٣٩	٥٣	١.٧٥	غ د	٣٤	٦٩	٣.٣٥	٠.٠٦٧	١٨	٤٤	٣.٤٤	.٦٣
	ش	٣١	٦٣			٢٦	٩٢			٦	٦٠		
٢	د	٧٦	١٧٥	٠.٣٤	غ د	٩٢	١٨٠	٩.٩١	٠.٠١	٧٩	١٨٨	١.٩٦	غ د
	ش	٢٧	٥٣			١٨	٨٦			٢١	٧٤		
٣	د	١٩٠	١٢٥	٢.٠٨	غ د	٢٢٣	١٤٠	٢٧.٥٧	٠.٠٠٠١	١٧٢	١٥٧	١٤.٦٦	٠.٠٠١
	ش	٦١	٥٥			٥٩	١٠٢			٤٩	٩٨		
٤	د	١٣٤	١٠٠	٣.٨٩	٠,٠٥	٢٦١	١١٨	١٠,٠٧	٠,٠١	٢٢٥	٢٨١	٢,٥٢	غ د
	ش	١٤٩	٧٦			٢٥٧	١٨٥			١٨٥	٢٨٤		
٥	د	٤٦	٣٥	١.١٣	غ د	٤٧	٦٥	٠.١٥	غ د	٤١	٥٥	٠.٢٨	غ د
	ش	٥٧	٣١			٤٠	٤٥			٣١	٢٥		
٦	د	٨	٤٤	٧,٠٢	٠,٠١	١١	٤١	٠,٠٠٣	غ د	٢٠	٢٨	٠,٠٥٨	غ د
	ش	٩	١١			٥	١٨			٦	١٣		
٧	د	٥٥	٩٩	٠,٠٢	غ د	٦٠	١٠٥	٢,٨٢	غ د	٤٠	١١٤	٢,١٥	غ د
	ش	١١	٢١			٧	٢٦			٥	٣٠		
٨	د	٣٩	٥١	٢.٧٩	غ د	٣٩	٦٨	٦,٩٥	٠,٠١	٣٨	٤٩	٢,١٣	غ د
	ش	٢٣	٥٢			١٦	٦٨			٢٤	٥٠		
٩	د	٣٩	٤٠	١,٢٥	غ د	١٧	٥١	٠.٧٨	غ د	٤٢	٣٢	.٦٧	غ د
	ش	١٥	٢٤			٢١	٣١			٢٠	٢١		
١٠	د	١٧	٢٦	٠,٠٠١	غ د	٢٧	٢٥	٢١.٣٣	٠,٠٠١	١٣	٣١	١,١٠	غ د
	ش	١٨	٢٧			٥	٤٦			١١	١٣		
١١	د	٢٨٥	٤٥٦	٠٠٠	غ د	٣١٠	٤٩٨	٨٤,٤٩	٠,٠٠٠١	٣٤٩	٣٩٨	١٠,٢٥	٠,٠١
	ش	٢٢٣	٣٥٦			١٢٧	٥٥٣			٢٢٧	٣٧٠		
١٢	د	١٥٨	١٥١	٤,٨٩	٠,٠٥	١٨٣	١٧٨	٥,٤٢	٠,٠٥	١٢٨	١٥٨	١.٢١	غ د
	ش	١١٧	٧٤			٩٨	١٤١			٧٧	١١٧		



الحدث	البعد بيان	تهديد الحياة لا	تهديد الحياة نعم	تهديد الحياة X^2	تهديد الحياة الدلالة	الخوف لا	الخوف نعم	الخوف X^2	الخوف الدلالة	العجز عن التصرف لا	العجز عن التصرف نعم	العجز عن التصرف X^2	العجز عن التصرف الدلالة
١٣	د	٢٤٠	٤٤٧	٢٥,٦٥	٠,٠٠٠١	٣٠١	٣٦٣	١١١,٧٧	٠,٠٠٠١	٢٦٥	٣١٢	١٧,٩٤	٠,٠٠٠١
	ث	٢٠٩	٦٨٦			١٩٩	٧٦٢			٣٠٠	٥٦٢		
١٤	د	٥٠	٥٨	٠,١٨	غ د	٨٠	١٤٠	٢٣,٦٦	٠,٠٠٠١	٨٥	٨٧	١,٨١	غ د
	ث	٩٥	١٢٢			٨١	٣٤٧			١٥٢	٢		
١٥	د	١٣٧	٢٦٠	٠,١٣	غ د	١٢٢	٣١٣	١٦,٢١	٠,٠٠٠١	١٤٩	٢٥٣	٨,٤٩	١
	ث	١٢٢	١١٥			٦٧	٣٤٠			٩٩	٢٦٥		
١٦	د	١٤٠	٨٧	٣,٨٩	٠,٠٥	١٧٦	١٢٢	٥٠,٣١	٠,٠٠١	١١٧	٨٦	٥,٥٥	٠,٠٥
	ث	١٦٨	١١٨			١٣٢	٢٧٧			١٥٧	١٧٦		
١٧	د	٤٦١	١٢٦٤	١٧,١٥	٠,٠٠٠١	٦٨٨	١١٤٨	٢٥٣,٨٦	٠,٠٠٠١	٥٨٦	١١٢٩	١٤,٨٨	٠,٠٠٠١
	ث	٤٥٥	١٦٩٥			٣٦٩	١٩٦١			٦٠٩	١٥٣٦		
١٨	د	٢٤٢	٢١١	٠,٠٢	غ د	٥١٤	٥١٢	١٠٤,٣٤	٠,٠٠٠١	٣٨٤	٤٨٦	٩,٤٢	٠,٠١
	ث	٢٣٨	٢١٢			٢٩٦	٧٥٣			٣٣٢	٥٦٦		
١٩	د	٢٩	٢٩	٠,٠٦	غ د	٣٦	٣٠	٢,٠٠	غ د	٣٥	٢٩	٦,٦٩	٠,٠١
	ث	٧	٦			٦	١١			٢	١١		
٢٠	د	٤٨	١٠٩	٠,٠٠٢	غ د	٥٨	٩٤	٥,١٣	٠,٠٥	٦٤	٦٥	٢,٧٣	غ د
	ث	١٧	٣٨			١٢	٤٤			٢٠	٣٥		
٢١	د	٧٦	١٣٢	١,٣١	غ د	٨٨	١٣٤	١٥,١٨	٠,٠٠٠١	٨٢	١٣٨	١١,٧٦	٠,٠٠١
	ث	٦٢	١٣٧			٥٠	١٧٢			٤٧	١٦٥		
٢٢	د	١٥٨	١٧٣	١,٥٩	غ د	٣٠٥	٣٧٢	٤١,٣٦	٠,٠٠٠١	١٩٤	٥٠٣	٣,٠٦	غ د
	ث	١٤٨	١٩٧			٢٠٦	٥١٧			١٥٧	٥٠٦		
٢٣	د	٦٠	١٦١	٠,٧٢	غ د	٧٨	١١٥	١٣,٧٦	٠,٠٠١	٧١	١١٢	١,٨٦	غ د
	ث	٢٠	٦٩			١٥	٨٦			٢٧	٦٢		
٢٤	د	٢٦٥	٩٨٢	١٣,٦١	٠,٠٠١	٢٩٤	١٠٥٩	٨١,١٠	٠,٠٠٠١	٣٤٧	٩٤٧	١٦ ٤٥	٠,٠٠١
	ث	٢٣٧	١٢٦٤			١٦١	١٤٧٥			٣١٨	١٢١٦		
٢٥	د	٢٦	٥٠	١,٢٤	غ د	٣٢٠	٥٣	٦,٩٢	غ د	٢١	٥٦	٠,٢٨	غ د
	ث	١٣	٣٩			١٠	١٨			١٣	٤٣		
٢٦	د	٩٨	١١٩	٠,٤٧	غ د	١١٥	١٣٤	٠,٠٥٩	غ د	١٣٦	١٨٦	٧,١٣	غ د
	ث	٧٠	٩٨			١١٥	١١١			٧٣	١٦٢		



الحدث	البعد	تهديد الحياة				الخوف				العجز عن التصرف			
	بيان	لا	نعم	X^2	الدلالة	لا	نعم	X^2	الدلالة	لا	نعم	X^2	الدلالة
٢٧	ذ	٦٣	١٢٦	٩,٤٨	غ	٨٥	١٦٠	٣١,٦٩	٠,٠٠٠١	١٠٢	١٦٩	١١,٧٠	٠,٠٠١
	ث	٦٩	١٠٨			٤٧	٢٧٦			٧٦	٢٣١		

وبمقارنة قيم كا تربيع الدالة إحصائياً وغير الدالة إحصائياً، نجد أن الجنسين قد أظهرا تقارباً في مدى الإحساس بالأثر على الأبعاد الثلاثة تجاه الأحداث، الكوارث الطبيعية والتعذيب، في حين كانت الفروق جوهرية على الأبعاد الثلاثة تجاه الأحداث المرتبطة بالظروف التي مرت بها الدولة إبان العدوان العراقي، حيث أظهرت الإناث إحساساً بالخوف والعجز واحتمال فقدان الحياة أكثر من الذكور، وكانت نسبة الإناث اللاتي ارتفعت أحاسيس الاضطراب لديهن في مواجهة الحدث (العدوان العراقي، فقدان الوطن، الاشتراك في الحرب ومعايشتها) إلى من تمالكن أنفسهن دون النسبة المقارنة لدى الذكور، ولم يرتفع مستوى الدلالة عن ٠,٠١ بل وصل إلى مستوى دلالة شبه مطلقة في غالب المقارنات، وأثار التعرض لحوادث الحريق في المترل أو السيارة أحاسيس متباينة على الأبعاد الثلاثة بالنسبة للذكور والإناث، ولكن رغم خوف الإناث وإحساسهن بالخوف في مواجهة الحريق إلا



أن عدد اللاتي أظهرن تماسكاً في مواجهته كن أكثر، وتؤكد هذه النتائج ما جاء في الجدول السابق إلى حد بعيد.

ولدراسة الفروق الاحتمالية بين الأفراد في مدى إحساسهم بالآثار الاضطرابية التالية للصدمة قُسمت العينة الكلية إلى مجموعات تصنيفية وفق متغيرات الدراسة التالية التي شملت أبعاداً ديموجرافية ونفسية ووصفية تتعلق بالضحية والحدث الصادم:

١. الجنس (ذكر/ أنثى).

٢. المهنة (موظف/ طالب).

٣. مستوى التعليم (ابتدائي/ ثانوي/ جامعي).

٤. الحالة الاجتماعية (أعزب/ متزوج/ أرمل أو مطلق).

٥. العمر الزمني.

٦. مقدار رهافة الحس بالتأثير الصدمي (غير مرهف/ مرهف بدرجة بسيطة/ مرهف بدرجة عالية).

٧. طبيعة الحدث من حيث المصدر (بشري/ طبيعة).



٨. طبيعة الأثر الكارثي (خاص و/أو- مباشر/ عـــام و/ أو- غير مباشر).

وحسبت القيم المستخرجة من القسم الثاني من المقياس الخـــاص بدراسة الآثار الاضطرابية التالية للصدمـــة (انظـــر الأداة) وأُخضعـــت للتحليل الإحصائي الاستدلالي باستخدام برنـــامج SPSS، وجـــاءت النتائج كما يلي:

بالنسبة للفروق بين الجنسين حسبت قيم ت لدلالة الفروق بـــين متوسطات المجموعتين على البنود المفردة المشكلة للمقيـــاس، وكذلـــك للدرجة الكلية، الجدول رقم (٨).



جدول رقم (٨)

قيم ت لدلالة الفروق بين الجنسين على مقياس الاضطرابات التالية للصدمة

رقم	المتغير		ت	م	ع	ت	الدلالة
١	إصابة الانفعالات بنوع من الخدر أو عدم المبالاة	ذ	٣١١٨	١,٧٣١٢	٠,٩٧٠	١١,٩٥	٠,٠٠٠١
		ث	٣١٥٠	٢,٠٤٤	١,١٠		
٢	توقف الاهتمام بالناس أو الأشياء المعنية	ذ	٣١١٨	١,٨٧٢	١,٠٥٩	١٢,٠٨	٠,٠٠٠١
		ث	٣١٥٠	٢,٢٠٧	١,١٣٣		
٣	سرعة الاستثارة	ذ	٣١١٨	٢,١٢٩	١,٠٩٧	٢٠,٦٠	٠,٠٠٠١
		ث	٣١٥٠	٢,٧٠٩	١,١٢٧		
٤	وجود مشكلات في تركيز الانتباه	ذ	٣١١٨	٢,٢٣٤	١,١٠٧	١٤,٩٠	٠,٠٠٠١
		ث	٣١٥٠	٢,٦٥٤	١,١٢٧		
٥	وجود مشكلات في النوم	ذ	٣١١٨	٢,١٦٧	١,١٥٠	١٠,١٥	٠,٠٠٠١
		ث	٣١٥٠	٢,٤٦٢	١,١٥٢		
٦	تركيز التفكير على أحداث مؤلمة	ذ	٣١١٨	٢,٣٠٦	١,١٤٣	١٢,٧٠	٠,٠٠٠١
		ث	٣١٥٠	٢,٦٦٩	١,١٢٠		
٧	الوقوع فريسة الأحلام المزعجة ذات العلاقة	ذ	٣١١٨	١,٩٩٥	١,٠٧٧	١٣,٢٠	٠,٠٠٠١
		ث	٣١٥٠	٢,٣٦٥	١,١٤٤		
٨	تجنب الأماكن أو الأشخاص الدين يستثيرون الذكرى	ذ	٣١١٨	١,٩٧٣	١,١٦٣	٧,٨٤	٠,٠٠٠١
		ث	٣١٥٠	٢,٢٠٦	١,١٨٤		
٩	الدرجة الكلية	ذ	٣١١٨	١٦,٤٠٨	٥,٣٨٨	٢١,١٣	٠,٠٠٠١
		ث	٣١٥٠	١٩,٣١٦	٥,٥٠٤		



ويتضح من الجدول السابق دلالة قيم ت على جميع البنود المكونة للمقياس الفرعي، وكذلك على الدرجة الكلية، مما يشير إلى وجود فروق جوهرية بين الجنسين في مقدار الإحساس بالاضطرابات الانفعالية ومشاعر التأزم النفسي الكامنة التي يفترض ارتباطها بالتعرض للأحداث الصدمية السابق بيانها في القسم الأول من المقياس، وبمراجعة قيم المتوسطات نجد أن هذه الفروق في صالح مجموعة الإناث، أي أن الإناث تفوقن على الذكور في إبداء معاناتهن النفسية، أو أنهن يعانين فعلاً من هذه الاضطرابات، وتتفق هذه النتائج مع ما أوردته بعض الدراسات (Patrick&Patrick,1981) من أن الإناث عادةً ما يحتفظن بالآثار السلبية على المدى البعيد، وأن الذكور ربما بحكم احتكاكهم الأكثر حجماً وتنوعاً مع بيئتهم الاجتماعية والمهنية تزيد لديهم احتمالات النسيان أو تداخل الآثار مما يوهن بعضها بعضاً، وقد مال إلى التفسير الذي طرحته دراسة باينوس ونادر (Pynoos&Nader,1993) من أن دور "الضحية" يليق أكثر بالإناث، وهن يملن إلى زيادة الاهتمام بمعاناتهن وخبرتهن الذاتية، في حين يندمج الذكور في عملية عقلانية محاولين التماسك في مواجهة الأزمة خوفاً من أن تؤثر في مفهوم الذات الذُكوري لديهم،



وبالإضافة إلى تلك التفسيرات نجد أن احتمالات التباين بين الجنسين في استقبال الحدث الصدمي قائمة، أي أن الإناث يختلفن عن الذكور في تقدير حجم الموقف الضاغط وأبعاد الكارثة مما يزيد احتمالات التباين بين الجنسين في إظهار الأثر.

ولتعرّف إذا ما كان لطبيعة الوظيفة التي يمتهنها الفرد أثر في تحديد مدى الإحساس بالاضطرابات المرتبطة بالتعرض للصدمات، أُجري اختبار ت لدلالة الفروق بين المتوسطات على بنود المقياس الفرعي متفرقة ومجتمعة، الجدول رقم (٩).



جدول رقم (٩)

قيم ت لدلالة الفروق بين المتوسطات لمجموعتي التخصص المهني (موظف/طالب) على المقياس

رقم	المتغير		ن	م	ع	ت	الدلالة
١	إصابة الانفعالات بنوع من الخدر أو عدم المبالاة	موظف	٢١٩٤	١,٧٧٢	١,٠٢٤	٦,٤٥	٠,٠٠٠١
		طالب	٤٠٦٩	١,٥٩١	١,٠٥٨		
٢	توقف الاهتمام بالناس أو الأشياء المعنية	موظف	٢١٩٤	١,٩٥٣	١,٠٨٤	٥,٥٣	٠,٠٠٠١
		طالب	٤٠٦٩	٢,٠٩٧	١,١١٩		
٣	سرعة الاستثارة	موظف	٢١٩٤	٢,٣٠٩	١,١٤٥	٥,٧٠	٠,٠٠٠١
		طالب	٤٠٦٩	٢,٤٨٢	١,١٤٧		
٤	وجود مشكلات في تركيز الانتباه	موظف	٢١٩٤	٢,٣٤٩	١,١١٦	٤,٩٣٠	٠,٠٠٠١
		طالب	٤٠٦٩	٢,٤٩٧	١,٤٤		
٥	وجود مشكلات في النوم	موظف	٢١٩٤	٢,٢٧٨	١,١٤٧	١,٨١١	٠,٠٠٠١
		طالب	٤٠٦٩	٢,٣٣٤	١,١٦٧		
٦	تركيز التفكير على أحداث مؤلمة	موظف	٢١٩٤	٢,١٠٨	١,١٠٩	٣,٨٠	٠,٠٠٠١
		طالب	٤٠٦٩	٢,٢٢١	١,١٣٣		
٧	الوقوع فريسة الأحلام المزعجة ذات العلاقة	موظف	٢١٩٤	٢,١٠٨	١,١٠٩	٣,٨٠	٠,٠٠٠١
		طالب	٤٠٦٩	٢,٢٢١	١,٣٣٣		
٨	تجنب الأماكن-الأشخاص الذين يستثيرون الذكرى	موظف	٢١٩٤	١,٩٧٦	١,١٦٠	٥,٦٤	٠,٠٠٠١
		طالب	٤٠٦٩	٢,١٥١	١,٨٥		
٩	الدرجة الكلية	موظف	٢١٩٤	١٧,٤٠	٥,٩٤٨	٩,٣٦	٠,٠٠٠١
		طالب	٤٠٦٩	١٨,٣١٧	٥,٤٠٨		



وتشير قيم ت إلى أنها فاقت القيم الحرجة على مستوى دلالة إحصائية عالية، ما عدا البند الخامس الذي يتعلق بوجود مشكلات في النوم، حيث بلغت قيمة ألفاً ٠,٠٧، ولكنها تعد من الناحية النظرية ذات معنى، أي أنها تدل على وجود فروق فعلية، وإن لم تصل إلى حد الدلالة المسموح به (٠,٠٥) وهذه الفروق تشير إلى أن طلاب المدارس كانوا أكثر إحساساً بالاضطرابات المتعلقة بالصدمات، في حين نجد أن الموظفين قدروا معاناتهم على مستوى أقل من الطلاب، وقد يرجع ذلك إلى أمرين: أولهما أن قدرة الطلبة على التقدير ربما شابها نوع من المغالاة أو العجز عن تحديد الفروق الكامنة بين درجات الميزان الثلاثية (نادراً، أحياناً، كثيراً)، وثانيهما أن الظروف الحياتية للطلبة عادةً ما تختلط بالحوادث المفاجئة ذات الطبيعة الصدمية، حيث أشارت الدراسات التي أُجريت على طلبة المدارس والجامعات إلى تصنيف غالبيتهم على الدرجة الثانية من التنظيم الهرمي لابراهام ماسلو، وأن الكثرة منهم لديهم الحاجة إلى الأمان، وأن ألوية الدفاع عن الذات والحساسية المفرطة تجاه المواقف والأحداث ترتفع عندما يحس الفرد بالحاجة إلى الأمن (Maslow,1970) وتنخفض مؤشرات الإحساس بالاضطراب النفسي



لدى مجموعة الموظفين باعتبار أنهم أكثر استقراراً بالنسبة إلى المستقبل، وأن لديهم مشكلات أكثر حجماً وتنوعاً تنجم عن المهن التي يعملون بها، وهو ما ظهر جلياً في ارتفاع قيم الانحراف المعياري في درجاتهم، واتساع مقدار تشتت تقديرهم للاضطرابات المتضمنة في المقياس.

وللاستدلال على العلاقة بين مستوى التعليم ومستوى الإحساس بالاضطرابات التالية للصدمة باعتبار إمكانية تداخل هذا المتغير في تحديد الأثر الصدمي، استخرجت متوسطات المجموعات المختلفة بعد تقسيمها وفق مستوى التعليم إلى ثلاث مجموعات (ابتدائي، ثانوي، جامعي) وكذلك الانحرافات المعيارية على بنود المقياس الفرعي والدرجة الكلية وأُجري تحليل التباين بعد التأكد من مناسبة البيانات، حيث تجاوزت قيم بارتلت لتجانس التباين مستوى الدلالة، الجدول رقم (١٠)، ويمكننّا هذا التحليل من إصدار حكم يبين إذا ما كانت الفروق الملاحظة بين المجموعات الثلاثة فروقاً حقيقية أو ناتجة عن أخطاء اختيار العينة، كما يمكننا من استخدام نتائجه في إطلاق تعميمات على المجتمع الكلي توافقاً مع ما توصلنا إليه في عينة الدراسة، ويُبنى اختيار هذا المتغير (مستوى التعليم) على فرضية أن الحدث الصدمي يتعاظم أثره مع أولئك الذين



يعطون معنى أعمق للأحداث التي تمر بهم، وتزداد فرص إعطـــاء ذلــك المعنى مع ارتفاع مستوى التعليم لدى الأفراد.



جدول رقم (١٠)

القيم الإحصائية للفئات الثلاث في مستوى التعليم

(ابتدائي، ثانوي، جامعي) مع قيم "ف" لتحليل التباين

المجموعة	ن	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
١: إصابة الانفعالات بنوع من الحذر أو عدم المبالاة						
ابتدائي	١٧١	١,٧٣١	١,٠١٦	٠,٠٧٧	*٣,٣٩	بين الجامعي والابتدائي
ثانوي	٢٣٩٢	١,٨٦٧	١,٥٤	٠,٠٢١		
جامعي	٣٦٩٧	١,٩٠٨	١,٠٤٦	٠,٠١٧		
٢: توقف الاهتمام بالناس أو الأشياء المعنية						
ابتدائي		١,٤٨٤	١,٠٦٣	٠,٠٨١	***١٨,٠٥	بين الجامعي والابتدائي
ثانوي		١,٩٤٧	١,١٠١	٠,٠٢٢		
جامعي		٢,١٠٨	١,١١١	٠,٠١٨		
٣: سرعة الاستثارة						
ابتدائي		٢,٠٨٢	١,٢٣٨	٠,٠٩٤	***١١,٥١	بين الجامعي والثانوي من جهة والابتدائي من جهة أخرى
ثانوي		٢,٣٧٩	١,١٦١	٠,٠٢٣		
جامعي		٣,٤٦٢	١,١٣٤	٠,٠١٨		
٤: وجود مشكلات في التركيز						
ابتدائي	١٧١	٢,٢٢٨	١,٦٨	٠,٠٨٩	***٤٠,٨٨	بين الجامعي من جهة والابتدائي والثانوي من جهة أخرى
ثانوي	٢٣٩٢	٢,٢٩٤	١,١٥٥	٠,٠٢٣		
جامعي	٣٦٩٧	٢,٥٥١	١,١١٠	٠,٠١٨		



المجموعة	ن	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
٥: وجود مشكلات في النوم						
ابتدائي		٢,١٩٣	١,٢٢٤	٠,٠٩٣	٣٨,٤٨***	بين الجامعي من جهة والثانوي والابتدائي من جهة أخرى
ثانوي		٢,١٥٨	١,١٥٧	٠,٠٢٣		
جامعي		٢,٤٢٠	١,٤٧	٠,٠١٨		
٦: تركيز التفكير على أحداث مؤلمة						
ابتدائي		٢.٢٨٦	١,١٨٠	٠,٠٩٠	٣,٦٤*	بين الجامعي والابتدائي
ثانوي		٢,٤٦٩	١,١٦٨	٠,٠٢٣		
جامعي		٢,٥٠٩	١,١٢٦	٠,٠١٨		
٧: الوقوع فريسة الأحلام المزعجة عن الأحداث التي مر بها						
ابتدائي		٢,٢١٠	١,١٣٣	٠,٠٨٦	٣,٥١*	بين الجامعي والثانوي
ثانوي		٢,١٣٢	١,١٤٠	٠,٠٢٣		
جامعي		٢,٢٠٩	١,١١٥	٠,٠١٨		
٨: تجنب الأماكن والأشخاص الذين يستثيرون ذكرى الأحداث الصعبة						
ابتدائي		٢,١١١	١,٢١٤	٠,٠٩٢	٨,٠٣***	بين الجامعي والثانوي
ثانوي		٢,٠١٣	١,١٧٠	٠,٠٢٣		
جامعي		٢,١٣٧	١,١٧٩	٠,٠١٩		
٩: الدرجة الكلية للاضطرابات التالية للصدمة						
ابتدائي		١٦,٦٩٠	٦,١٠٠	٠,٤٦٦	٢٩,١٥**	بين الجامعي من جهة والثانوي والابتدائي من جهة أخرى
ثانوي		١٧,٢٦١	٥,٤٤٢	٠,١١١		
جامعي		١٨,٣٠٨	٥,٦٩١	٠,٠٩٣		



ويستدل من الجدول السابق أن الفروق بين المجموعات جوهرية حيث بلغت قيم "ف" مستوى الدلالة الإحصائية، وكانت ألفاً في أدنى مستوياتها في بعض البنود، مرجحة ارتفاع مستوى الاضطراب عامة لدى فئة الجامعيين، وهو ما يتفق والفرضية السابقة عموماً، وتركزت الفروق الجوهرية بين قطبي المستويات الثلاثة: الجامعي من جهة والابتدائي من جهة أُخرى، في حين لم توجد فروق جوهرية بين الثانوي والابتدائي فيما عدا البند الخاص بسرعة الاستثارة، ورغم أن الدراسات السابقة لم تتعرض لفاعلية مستوى تعليم الفرد يؤثر في تقييمه للحدث الصدمي والإحاطة بغالبية أبعاده إلا أنها أشارت إلى أن مستوى تعليم الفرد يؤثر في تقييمه للحدث الصدمي والإحاطة بغالبية أبعاده، كما أنها أشارت إلى أن مستوى تعليم الفرد يؤثر تأثيراً إيجابياً في نشوء الميل لطلب العلاج وكذلك في استثارة الاقتناع لدى الفرد بجدوى العلاج وسواء المسار فيه، ومن الدلالات المستقاة من تلك النتائج أن بلوغ الفرد مرحلة عليا من التعليم يكسبه مهارة خاصة في إدراك أبعاد الصدمة، وتنظيم الذاكرة والقدرة على استعادة الحدث، والربط بينه وبين المظاهر الاضطرابية التي يعاني منها الفرد.



أما بالنسبة إلى متغير الحالة الاجتماعية للأفـــراد فقـــد تناولتـــها الدراسة من خلال بُعد واحد هو الحالة الزواجية للفرد (أعزب، متزوج، مطلق أو أرمل) و لم تتطرق إلى وجود أولاد، أو تعدد مواقع الإعالـــة، وأُخضعت القيم الإحصائية لتحليل التبـــاين لتعـــرف الفـــروق بـــين المجموعات الثلاث؛ الجدول رقم (١١).



جدول رقم (١١)

القيم الإحصائية للمجموعات الثلاث

(أعزب، متزوج، أرمل أو مطلق) مع قيم ف لتحليل التباين

المجموعة	ن	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
١: إصابة الانفعالات بنوع من الحذر أو عدم المبالاة						
أعزب	٢٠٤٢	١,٧٧٩	١,٠١٧	٠,٠٢٢	١٨,٣٣***	بين المتزوجين والعزاب
متزوج	٢٩٩٣	١,٩٥١	١,٠٦١	٠,٠١٦		
أرمل/م	٤٠	١,٩٥٠	١,٠٨٤	٠,١٧١		
٢: توقف الاهتمام بالناس أو الأشياء المعنية						
أعزب		١,٩٩٧	١,٠٩٩	٠,٠٢٤	٩٣.٤٢*	بين المتزوجين والعزاب
متزوج		٢,٠٧٤	١,١١٦	٠,٠١٧		
أرمل/م		١,٩٥٠	١,١٥٣	٠,١٨٢		
٣: سرعة الاستثارة						
أعزب	٢٠٤٢	٢,٤٠٠	١,١٥٠	٠,٠٢٥	١,٣٣	غير دالة
متزوج	٣٩٩٣	٢,٤٤٤	١,١٤٨	٠,٠١٨		
أرمل/م	٤٠	٢,٢٧٥	١,٢٨٠	٠,٢٠٢		
٤: وجود مشكلات في التركيز						
أعزب		٢,٤٣٨	١,١١٦	٠,٠٢٤	١,٣١	غير دالة
متزوج		٢,٤٥٤	١,١٤٢	٠,٠١٨		
أرمل/م		٢,٧٢٥	١,٢٦٠	١,١٩٩		



المجموعة	ن	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
٥: وجود مشكلات في النوم						
أعزب		٢,٣٠٣	١,١٣١	٠,٠٢٥	١,٦٠	غير دالة
متزوج		٢,٣٢٤	١,١٧٥	٠,٠١٨		
أرمل/م		٢,٦٢٥	١,٢٣٣	٠,١٩٥		
٦: تركيز التفكير على أحداث مؤلمة						
أعزب		٢,٣٧٤	١,١٣٨	٠,٠٢٥	١٦,٥٧***	بين المتزوجين والعزاب
متزوج		٢,٥٥١	١,١٤٠	٠,٠١٨		
أرمل/م		٢,٦٥٠	١,٢١٣	٠,١٩٤		
٧: الوقوع فريسة الأحلام المزعجة عن الأحداث التي مر بها						
أعزب		٢,١٦١	١,١١٨	٠,٠٢٤	١,٠٥	غير دالة
متزوج		٢,١٩٩	١,١٣٢	٠,٠١٧		
أرمل/م		٢,٣٥٢	١,٠٩٥	٠,١٧٣		
٨: تجنب الأماكن والأشخاص الذين يستثيرون ذكرى الأحداث الصعبة						
أعزب		٢,٠٢٧	١,١٧٢	٠,٠٢٥	٥,٥١*	بين المتزوجين والعزاب
متزوج		٢,١٢٤	١,١٨١	٠,٠١٨		
أرمل/م		٢,٣٥٠	١,٢١٠	٠,١٩١		
٩: الدرجة الكلية للاضطرابات التالية للصدمة						
أعزب	٢٠٤٢	١٧,٤٨٣	٥,٨٥٣	٠,١٢٩	٩,٣٢***	بين المتزوجين والعزاب
متزوج	٢٩٩٣	١٨,١٢٤	٥,٥٠٠	٠,٠٨٧		
أرمل/م	٤٠	١٨,٨٥٠	٥,٣٧٥	١,٠٠٨		



يتضح لنا من مراجعة قيم ف الدالة إلى وجود فروق جوهرية بين المجموعات الثلاث، وقد تركزت هذه الفروق بين مجموعتي "المتزوجين" و"العزاب"، وكانت الفروق في صالح "المتزوجين" أي أنهم كانوا أكثر إحساساً بالضغوط وبدت عليهم آثارها أكثر من غيرهم، ولم تكن تلك الفروق دالة على نصف عدد البنود، وهي تلك المتعلقة بسرعة الاستثارة، وفقدان القدرة على الانتباه، ووجود مشكلات في النوم أو الأحلام المزعجة، وأظهر "المتزوجون" حساسية أكبر فيما يتعلق بانخفاض مستوى رد الفعل، وفقدان الاهتمام بالناس، وتجنب كل ما يثير الأحداث المؤلمة من أفراد وأماكن، والانغلاق على الذات، واستعادة ذكرى تلك الأحداث العصيبة، وكلها مؤشرات للاغتراب النفسي الذي يتبدى أكثر عندما يكون الفرد في جماعة، فمن الصعب على الفرد الأعزب أو المطلق والأرمل الذي يفترض وحدته أن يحس بالعزلة الاجتماعية أو تذبذب قيم التعامل مع الأفراد الآخرين، وتتعارض هذه النتائج مع ما توصلت إليه سوزان سليمان (Solomon,1986) من أن الدعم الاجتماعي وتماسك شبكة العلاقات الاجتماعية واتساعها يشكل سياجاً يحمي الفرد ويوفر دائرة من الدعم له، وإن كانت الباحثة قد



أشارت في موقع آخر إلى احتمال ظهور آثار سلبية أكثر مع اتساع تلك الدائرة، وأنها قد تحفل بصراع المهام وارتفـــاع مســتوى الإحســاس بالاضطرابات؛ (Solomon et al.,1987). ولكن النقطة الهامة في تلــك النتائج هي ضرورة توجيه دعم إضافي إلى تلــك الفئــة، ليــس لمجــرد مساعدتها على تخطي الأزمة، وإنما لتفادي انتقال الآثار السلبية المتعلقــة بالأزمة إلى الأفراد المحيطين بالفرد، بمعنى أن غياب الدعــم أو المســاندة النفسية للفرد في إطاره (أو إطارها) الاجتماعي ربما يؤدي إلى انتشــار الآثار السلبية التالية للصدمة إلى المحيطين بالشخص (الضحية).

وأما بخصوص الفروق بين الأفراد الــتي يمكــن إرجاعــها إلى الاختلاف في العمر الزمني فقد قسمت العينة الكلية إلى مجموعات خمس وفق ما يأتي؛ الجدول رقم (١٢).



جدول رقم (١٢)

يشير إلى تصنيفات العينة وفق مجموعات العمر الزمني

المجموعة	العمر	العدد	المبررات التقريبية للتصنيف
١	من هم دون العشرين	٢٩٤٥	المراهقون
٢	٢٠-٢٥	١٤٤٧	المراهقة المتأخرة
٣	٢٦-٣٤	١٢٦٦	الرشد
٤	٣٥-٤٥	٥٣٦	النضج (الأشد)
٥	أكبر من ٤٥	٧٤	الكبار
	المجموع	٦٢٦٨	العينة الكلية

ثم استخرجت القيم الإحصائية للبنود منفردة ومجتمعة للمجموعات الفرعية (المتوسطات والانحرافات المعيارية) وأُجري اختبار تجانس التباين بارتلت (Bartlett-Box F) للتحقق من مناسبة العينة لإجراء تحليل التباين على أساس أنه جرى اختيارها عشوائياً من المجتمع الأصلي، وأنها متجانسة، و لم تتأثر بالتعيين الفئوي المشار إليه أعلاه، وجاءت مستويات الدلالة لقيم ف لتجانس التباين عالية نسبياً، مما يؤيد فرضية أن مجتمع الدراسة متجانس التباين وطبيعي، ثم أُجري تحليل



التباين أُحادي الاتجاه وحسبت قيم ف لتحليل التبـــاين مـــع دلالتـــها الإحصائية، الجدول رقم (١٣).



جدول رقم (١٣)

القيم الإحصائية للمجموعات العمرية على بنود المقياس الفرعي مع قيم ف لتحليل التباين

رقم المجموعة	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
١: إصابة الانفعالات بنوع من الخدر أو عدم المبالاة					
١	١,٩١٩	١,٠٥٤	٠,٠١٩	١٦,٠١**	بين المجموعة الخامسة والمجموعات ٣، ١، ٢ وبين المجموعة الرابعة والمجموعة الثانية
٢	٢,٠٠٠	١,٠٧٠	٠,٠٢٨		
٣	١,٨١١	١,٠١٦	٠,٠٢٨		
٤	١,٦٦٠	٠,٩٩	٠,٠٤٣		
٥	١,٤٥٩	٠,٩٨	٠,١١٤		
٢: توقف الاهتمام بالناس أو الأشياء المعنية					
١	٢,٠٢٩	١,١١٠	٠,٠٢٠	٢٠٦٠***	بين المجموعة الخامسة والمجموعات ٣، ١، ٢ وبين المجموعة الرابعة والمجموعة الثانية
٢	٢,٢٢٣	١,١١٨	٠,٠٢٩		
٣	١,٩٨٣	١,٠٨٨	٠,٠٣٠		
٤	١,٨٠٦	١,٠٦٢	٠,٠٤٦		
٥	١,٥٥٤	٠,٩٩٥	٠,١١٥		
٣: سرعة الاستثارة					
١	٢,٤٢٩	١,١٥٧	٠,٠٢١	١٦,٤٢***	بين المجموعة الخامسة والمجموعات ٣، ١، ٢ وبين المجموعة الرابعة والمجموعتين ١، ٢
٢	٢,٥٥٨	١,١١٨	٠,٠٢٩		
٣	٢,٣٩٠	١,١٤٠	٠,٠٣٢		
٤	٢,١٢٩	١,١٤٢	٠,٠٤٩		
٥	٢,٠٢٧	١,١٥٨	٠,١٣٤		



رقم المجموعة	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
٤: وجود مشكلات في تركيز الانتباه					
١	٢,٣٨٣	١,١٥٢	٠,٠٢١	٢٥,٥٥***	بين المجموعة الخامسة والمجموعات ٣،٢،١،٤ والمجموعة الثانية والمجموعتين ١،٤
٢	٢,٦٨٠	١,١١١	٠,٠٢٩		
٣	٢,٤٣٠	١,١٠٩	٠,٠٣١		
٤	٢,٢٥٥	١,٠٩٠	٠,٠٤٧		
٥	١,٩٣٢	١,٠٣٨	٠,١٢٠		
٥: وجود مشكلات في النوم					
١	٢,٢١٧	١,١٦٣	٠,٠٢١	٣٠,٦٨***	بين المجموعة الخامسة والمجموعات ٣،٢،١،٤ والمجموعة الثانية والمجموعتين ١،٤
٢	٢,٥٦٦	١,١٣٤	٠,٠٢٩		
٣	٢,٣٤٩	١,١٥٠	٠,٠٣٢		
٤	٢,١٨١	١,١٣٨	٠,٠٤٩		
٥	١,٦٦٢	٠,٩٢٥	٠,١٠٧		
٦: تركيز التفكير على أحداث مؤلمة					
١	٢,٥٢٣	١,١٥٩	٠,٠٢١	٢٨,١٦***	بين المجموعة الخامسة والمجموعات ٣،٢،١ والمجموعة الرابعة والمجموعتين ٢،١
٢	٢,٦٦٢	١,٠٨٦	٠,٠٢٨		
٣	٢,٣٨٢	١.١٤١	٠,٠٣٢		
٤	٢,١٥٣	١,١١٨	٠,٠٤٨		
٥	١,٩٣٢	١,٠٧٦	٠,١٢٥		



رقم المجموعة	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
٧: الوقوع فريسة الأحلام المزعجة عن الأحداث التي مر بها					
١	٢,١٥٥	١,١٣٧	٠,٠٢١	١٨,٤١***	بين المجموعة الخامسة والمجموعات ١، ٢، ٣ وبين المجموعتين الثانية والرابعة
٢	٢,٣٥٨	١,٠٩٩	٠,٠٢٩		
٣	٢,١٦١	١,١٢٣	٠,٠٣١		
٤	١,٩٥٥	١,٠٩٨	٠,٠٤٧		
٥	١,٧٠٢	٠,٩١٧	٠,١٠٦		
٨: تجنب الأماكن والأشخاص الذين يستثيرون ذكرى الأحداث الصعبة					
١	٢,٠٧١	١,١٧٥	٠,٠٢١	١٧,٣٠***	بين المجموعتين الرابعة والثانية
٢	٢,٢٨٨	١,١٧٩	٠,٠٣١		
٣	٢,٠٠٥	١,١٧٣	٠,٠٣٣		
٤	١,٨٦٠	١,١٣٤	٠,٠٤٩		
٥	٢,٠٨١	١,١٩٠	٠,١٣٨		
٩: الدرجة الكلية للاضطرابات التالية للصدمة					
١	١٧,٧٢٨	٥,٣٩٦	٠,٠٩٩	٤٩,٧٤***	بين المجموعة الخامسة والمجموعات ١، ٢، ٣، ٤ وبين المجموعة الرابعة والمجموعات ٣، ١، ٢ والمجموعتين ١، ٣
٢	١٩,٣٣٨	٥,٤٢٣	٠,١٤٢		
٣	١٧,٥١٣	٥,٩١٣	٠,١٦٦		
٤	١٦,٠٠٠	٥,٩١٠	٠,٢٥٥		
٥	١٤,٣٥١	٤,٩٨٦	٠,٥٧٩		



ويُشير الجدول السابق إلى ارتفاع قيم ف إلى مستوى عالٍ من الدلالة الإحصائية، حيث وصلت قيم ألفا إلى مستوى منخفض جداً، بمعنى وجود فروق جوهرية بين المجموعات فيما يخص بنود المقياس جميعاً متفرقة ومجتمعة، وقد انفردت المجموعة الخامسة، وهي تجمع كبار السن نسبة إلى رفاقهم في العينة، وهم من بلغت أعمارهم فوق الخامسة والأربعين بحصولها على أدنى المتوسطات مقارنةً بالمجموعات الأربع السابقة عليها عمراً، كما حازت المجموعة الثانية التي تجمع أفراداً تتراوح أعمارهم بين العشرين والخامسة والعشرين على أعلى المتوسطات مقارنةً، وبمعنى عدم وجود فروق جوهرية بينها، وتأسيساً على ما سبق يمكن القول بأن أعلى المراحل العمرية إحساساً بالاضطرابات التالية للصدمة كانت تضم الأفراد ما بين العشرين والخامسة والعشرين.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة تايلور وفريزر (Taylor&Frazer,1982) التي أُجريت على عمال الإنقاذ الذين يتعاملون مع الكوارث، حيث أظهر كبار السن تأثراً أقل من زملائهم بالتأزم المصاحب للتعامل مع الكارثة، كما أشارت دراسة أُخرى (Gleser et al.,1981) إلى أن أقصى قدر من التأثر في مواجهة الكوارث



يظهر لدى أفراد الحلقة الوسطى من العمر مقارنةً بمن هم فوق الرابعة والخمسين، وربما يرجع ذلك إلى أن الأفراد ما دون العشرين يكونون أكثر اعتمادية على غيرهم، ولما يصلوا إلى حد تحمل المسؤولية أو الولاية الذاتية، في حين أن الشباب الذين تبلغ أعمارهم فوق العشرين وحتى الخامسة والعشرين يمرون بفترة انتقالية يتحملون فيها المسؤولية بالنسبة إلى أعمارهم واختياراتهم المستقبلية، ويسبب ذلك ارتفاع مستوى حساسيتهم تجاه الأحداث وتأثيرها، وقد أشار روبرت وايت (White,1966) إلى أن تلك المرحلة العمرية تتسم بتوجهات غائية خمسة(*)، بلورها من دراسته لنمو الأفراد العاديين؛ أما الأول فيتعلق "باستقرار الأنا" هوية متميزة والتحول ناحية الاستقرار والثبات في الشخصية، والثاني "تحرير العلاقات الشخصية" والخروج عن النظام المعتاد والقواعد المفروضة في تحديد من نصاحب والرغبة في إعطاء معنى لتلك العلاقات، والثالث "تعميق الاهتمام" بمعنى رغبة الفرد في الاستغراق في نشاط معين أو الالتصاق بموضوع ما أو فرد معين على مستوى الاستحواذ للمشاعر، والرابع "أنسنة القيم" أي التعرف

(*)The stabilizing of ego identity, the freeing of personal relationships, deepening of interests, humanizing of values, expansion of caring.



على المعنى الإنساني للقيم، وظهور نسق قيمي للفـــرد يتضمـــن زيـــادة مشاعر الالتصاق الوجداني والإيثار للأفـــراد، والاندمـــاج في مواقـــف إنسانية للدفاع عن الآخرين ومشاركتهم الأسى، وفي ذلك يجد الفـــرد نفسه محملاً بأسى الذات وأسى الآخرين، ويتفق ذلـــك مـــع التوجـــه الخامس "توسيع دائرة الرعاية" أي زيادة مستوى الاهتمـــام بـــالآخرين ومعاناقم، وتحمل مسؤولية تحقيق الرعاية لهم، والاندمـــاج في حـــب حقيقي للبشرية جمعاء، فتتملك الفرد مشاعر المشاركة الوجدانية، وتنتابه أحاسيس الأسى والألم، وكذلك مشاعر القلق تجاه المحتاجين وأصحـــاب الكوارث وتلك من العوامل المهيئة للإحساس بالضغوط والمعجلة بظهور الاضطرابات التالية للصدمات وتأكيد حدها، ويعطي هذا بُعداً هامـــاً في بناء برامج الوقاية والعلاج إذ إن هؤلاء الأفراد برغم حاجتهم الماســـة إلى تلك البرامج يمكن استثمار هذه التوجهات في جعلهم يشاركون فيـــها، ومن خلال هذه المشاركة يرفعون الضغوط عن أنفسهم بصـــورة غـــير مباشرة، حيث يقللون من التأثير الخارجي لاستثارة المشـــاعر الســـلبية لديهم في حين يشبعون حاجتهم إلى توسيع دائرة الاهتمـــام بـــالآخرين والتواد والإنجاز في "مشروع واحد".



وتعد رهافة حس التأثر بالمواقف الصدمية عملاً أساسياً في تمكن الحدث الصدمي من الفرد، ومن ثم زيادة احتمالات ظهور الآثار الاضطرابية فيما بعد، أي أن تقييم الفرد لإحساسه في مواجهة الحدث، وإدراكه بأن ذلك الحدث الذي تعرض له كان مصدر تهديد لحياته، أو إثارة مشاعر الخوف لديه، أو إذكاء الإحساس بالعجز عن التصرف، يُعد من بين المتغيرات الشخصية المرتبطة بحجم التأثر بالمواقف الصدمية، وتمثل الدرجة العليا عليه مسوغاً لظهور مستوى أعلى من الاضطرابات التالية للصدمة، ولدراسة تلك الفرضية المطروحة صُنِّفَ أفراد العينة إلى ثلاث فئات وفق ردود الأفعال تجاه الأحداث الصدمية (٢٧ حادثاً) جاءت كالآتي:

١. لا تأثير.

٢. تأثير معتدل.

٣. تأثير شديد.

وأُجريت المقارنات بين الفئات الثلاث على الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات التالية للصدمة اختصاراً لخريطة أكثر تفصيلاً عند التعامل



مع كل بند على حدة، الجدول رقم (١٤) واشتمل الجدول على قيـــم ف مع بيان المتوسطات والانحرافات المعيارية وموقع التباين باعتبـــار أن هذه البيانات أكثر فائدة من عرض جزئيات تحليل التباين الأُحادي.



جدول رقم (١٤)

قيم ف لدلالة الفروق بين الفئات الثلاث لمتغير "رهافة الحس" (تهديد الحياة) على الدرجة الكلية للاضطرابات التالية للصدمة

رقم	الحادث	المجموعة	ن	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
١	الاختطاف	١	٦٠٨٢	١٧,٧٨٤	٥,٦٠٧	٠,٠٧١	٢٥,٨١***	بين الثالثة والأولى
		٢	٧٠	١٩,٥٤٢	٥,٧٥٥	٠,٦٨٧		بين الثالثة والثانية
		٣	١١٦	٢١,٣٢٧	٥,٩١٩	٠,٥٤٩		بين الثانية والأولى
٢	الأسر	١	٥٩٣٧	١٧,٨٣٧	٥,٦٣٦	٠,٠٧٣	١,٨٤	غير دالة
		٢	١٠٣	١٨,٨٥٢	٥,٢٠٨	٠,٥١٣		
		٣	٢٢٨	١٨,٣٧٧	٥,٧٧٩	٠,٣٨٤		
٣	الضرب	١	٥٨٣٧	١٧,٧٤٩	٥,٦٢٤	٠,٠٧٣	١٩,٣٤***	بين الثالثة والثانية من جهة، والأولى من جهة أخرى
		٢	٢٥١	١٩,٩٤٩	٥,٢٩٦	٠,٣٣٤		
		٣	١٨٠	١٩,٩٢٦	٥,٩٢٦	٠,٤٤١		
٤	السرقة	١	٥٨٠٩	١٧,٧٣٤	٥,٦٣٠	٠,٠٧٣	٢٢,٧٨***	بين الثالثة والثانية من جهة، والأولى من جهة أخرى
		٢	٢٨٣	١٩,٥٦٨	٥,٣١٦	٠,٣١٦		
		٣	١٧٦	١٩,٥٧٩	٥,٦٥٦	٠,٤٢٦		
٥	كارثة طبيعية	١	٦٠٩٩	١٧,٨٥٦	٥,٦٣٢	٠,٠٧٢	٠,٧٣	غير دالة
		٢	٨١	١٨,٠٤٩	٥,٦٦٥	٠,٦٢٩		
		٣	٨٨	١٨,٥٦٨	٥,٩٢٠	٠,٦٣١		
٦	انهيار للسكن	١	٦١٩٦	١٧,٨٦٦	٥,٦٤٥	٠,٠٧١	٠,٣٠	غير دالة
		٢	١٧	١٨,٩٤١	٥,٠٨٠	١,٢٣٢		
		٣	٥٥	١٧,٨٥٤	٤,٨٤٣	٠,٦٥٣		



رقم	الحادث	المجموعة	ن	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
٧	التعذيب	١	٦٠٨٢	١٧,٨٢٣	٥,٦٣٤	٠,٠٧٢	٧,٠٠***	بين الثالثة والأولى
		٢	٦٦	١٨,٩٨٤	٥,٦٣٠	٠,٦٩٣		
		٣	١٢٠	١٩,٥٧٥	٥,٤٨٥	٠,٥٠٠		
٨	تفجير إرهابي	١	٦١٠٣	١٧,٨١٧	٥,٦٣٢	٠,٠٧٢	٩,٨٦***	بين الثالثة والأولى بين الثانية والأولى
		٢	٦٢	١٩,٦٧٧	٥,٦٦٢	٠,٧١٩		
		٣	١٠٣	١٩,٨٥٤	٥,٤٢٢	٠,٥٣٤		
٩	إصابة كيميائية	١	٦١٥٠	١٧,٨٤٦	٥,٦٣٦	٠,٠٧١	٣,٩٠*	بين الثالثة والأولى
		٢	٥٤	١٨,٢٢٢	٥,٤٤١	٠,٧٤٠		
		٣	٦٤	١٩,٧٩٦	٥,٥٤٦	٠,٦٩٣		
١٠	اعتداء جنسي	١	٦١٨٠	١٧,٨٢٥	٥,٦٢٩	٠,٠٧١	٥٨,٨٢***	بين الثالثة والأولى بين الثانية والأولى
		٢	٣٥	٢٠,٩١٤	٤,٩٩٠	٠,٨٤٣		
		٣	٥٣	٢٠,٤٢٩	٥,٦٥٩	٠,٧٧٧		
١١	حادث خطير بالسيارة	١	٤٩٨٤	١٧,٤٧٩	٥,٦٤٣	٠,٠٨٠	٥٨,٨٢***	بين الثالثة والأولى بين الثانية والأولى
		٢	٥٠٨	١٨,٩٧٤	٥,٣٦٩	٠,٢٣٨		
		٣	٨١٢	١٩,٥٥١	٥,٣٥٨	٠,١٨٨		
١٢	صدمة كهربائية	١	٥٧٦٨	١٧,٧٥٥	٥,٦٤٣	٠,٠٧٤	١٥,٥٧***	بين الثالثة والأولى بين الثانية والأولى
		٢	٢٧٥	١٨,٩٢٠	٥,٤٠١	٠,٣٢٥		
		٣	٢٢٥	١٩,٥١١	٥,٣٧٠	٠,٣٥٨		
١٣	الاشتراك في الحرب	١	٤٦٨٦	١٧,٤٦٤	٥,٦٠٧	٠,٠٨١	٥٦,٦٦***	بين الثالثة والأولى بين الثالثة والثانية بين الثانية والأولى
		٢	٤٤٩	١٨,١٧٥	٥,٤٥٨	٠,٢٥٧		
		٣	١١٣٣	١٩,٤٢١	٥,٥٥٧	٠,١٦٥		



رقم	الحادث	المجموعة	ن	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
١٤	صياع طفل	١	٥٩٤٣	١٧,٧٣١	٥,٦٢٥	٠,٠٧٣	٣٤,٤١***	بين الثالثة والأولى بين الثانية والأولى
		٢	١٤٥	٢٠,٣٥١	٥,٣٦٢	٠,٤٤٥		
		٣	١٨٠	٢٠,٤٠٥	٥,١٧٨	٠,٣٨٥		
١٥	التعرض للغرق	١	٥٥٠٤	١٧,٦٥٠	٥,٦٢٩	٠,٠٧٥	٣٤,٥١***	بين الثالثة والأولى بين الثانية والأولى
		٢	٢٥٩	١٩,٣٧٤	٥,٣٣٧	٠,٣٣١		
		٣	٥٠٥	١٩,٤٨٥	٥,٤٩٢	٠,٢٤٤		
١٦	حريق	١	٥٧٢٥	١٧,٦٩٨	٥,٦١٧	٠,٠٧٤	٣١,٠٢***	بين الثالثة والأولى بين الثانية والأولى
		٢	٣٠٨	١٩,٥٠٣	٥,٤٦١	٠,٣١١		
		٣	٢٣٥	١٩,٨٩٣	٥,٦٢٧	٠,٣٦٧		
١٧	العدوان العراقي	١	٢٣٩٠	١٧,١٣٢	٥,٦٧١	٠,١١٦	٥٠,١٩***	بين الثالثة والأولى بين الثالثة والثانية
		٢	٩١٩	١٧,٣٩١	٥,٤٠٩	٠,١٧٨		
		٣	٢٩٥٩	١٨,٦١٢	٥,٥٨٥	٠,١٠٢		
١٨	رؤية حادث مرعب	١	٥٣٦٥	١٧,٥٥٧	٥,٦١٠	٥,٦٧١	٦٠١٨***	بين الثالثة والأولى بين الثالثة والثانية بين الثانية والأولى
		٢	٤٨٠	١٩,٣٥٦	٥,٢٤٧	٠,١٧٨		
		٣	٤٢٣	٢٠,١٣٤	٥,٦١٧	٠,١٠٢		
١٩	فقدان أحد أعضاء الجسم	١	٦١٩٧	١٧,٨٦٧	٥,٦٤٤	٠,٠٧١	١,٨٢	غير دالة
		٢	٣٦	١٩,٢٧٧	٥,٣١٦	٠,٨٨٦		
		٣	٣٥	١٦,٧٤٢	٤,٥٦٥	٠,٧٧١		
٢٠	محاولة قتل	١	٦٠٥٦	١٧,٨١٩	٥,٦٣٤	٠,٠٧٢	٦,٨٧**	بين الثالثة والأولى
		٢	٦٥	١٩,٢٤٦	٤,٧٧٩	٠,٩٥٢		
		٣	١٤٧	١٩,٢٩٢	٥,٨٣٥	٠,٤٨١		



رقم	الحادث	المجموعة	ن	م	ع	خطأ معياري	ف	موقع التباين
٢١	الإبعاد	١	٥٨٦١	١٧,٧٧٣	٥,٦٣٩	٠,٠٧٣	١٣,٤٩***	بين الثالثة والأولى
		٢	١٣٨	١٨,٨٦٩	٥,٤٦٢	٠,٤٦٥		
		٣	٢٦٩	١٩,٤٣٨	٥,٤٠٩	٠,٣٢٩		
٢٢	مقتل عزيز	١	٥٥٩٢	١٧,٥٩٣	٥,٦٢٠	٠,٠٧٥	٦٤,٥٦***	بين الثالثة والأولى بين الثانية والأولى
		٢	٣٠٦	١٩,٧٩٤	٥,١٢٩	٠,٢٩٣		
		٣	٣٧٠	٢٠,٤٤٨	٥,٣٣٠	٠,٢٧٧		
٢٣	التعرض لإطلاق الرصاص	١	٥٩٥٨	١٧,٨٣٤	٥,٦٤١	٠,٠٧٣	٢,٢٤	غير دالة
		٢	٨٠	١٨,٤٦٢	٥,١٩٧	٠,٥٨١		
		٣	٢٣٠	١٨,٥٥٢	٥,٦٣٧	٠,٣٧١		
٢٤	فقد الوطن	١	٣٥٢٠	١٧,٢٦٩	٥,٦٣٧	٠,٠٩٥	٥٣,٩***	بين الثالثة والأولى بين الثالثة والثانية
		٢	٥٠٢	١٧,٧٥٧	٥,٤٦٩	٠,٢٤٤		
		٣	٢٢٤٦	١٨,٨٣٤	٥,٥٤٠	٠,١١٦		
٢٥	حادث طائرة	١	٦١٤٠	١٧,٨٥٠	٥,٦٣٤	٠,٠٧١	٢,٨٦	غير دالة (٠,٠٥٧)
		٢	٣٩	١٧,٦١٥	٥,٦١٧	٠,٨٩٩		
		٣	٨٩	١٩.٢٨٠	٥,٧٠٨	٠,٦٠٥		
٢٦	خسارة مالية ضخمة	١	٥٨٨٣	١٧,٧٠٥	٥,٦٠٠	٠,٠٧٣		بين الثالثة والأولى بين الثانية والأولى
		٢	١٦٨	٢٠,٢٢٦	٤,٩٨٧	٠,٣٨٤		
		٣	٢١٧	٢٠,٤٧٠	٦,٠٣٠	٠,٤٠٩	٤٠٧٦***	
٢٧	حادث لم يذكر	١	٥٨٣٢	١٧,٦٣٩	٥,٦١٠	٠,٠٧٣	٧٢,٤٤***	بين الثالثة والأولى بين الثانية والأولى
		٢	١٣٢	٢٠,٢٥٧	٤,٦٧٣	٠,٤٠٦		
		٣	٣٠٤	٢١,٢٣٣	٥,٢٠٣	٠,٢٩٨		



يلاحظ من الجدول السابق أن المجموعة الأولى تضمنت أعداد الذين تعرضوا للحادث و لم يتأثروا به، وأعداد الذين لم يتعرضوا للحادث باعتبار الذين لم يتأثروا به كان الحادث بالنسبة لهم كأن لم يكن، وبعد إعادة التحليل باستخدام أعداد الذين أفادوا بأنهم تعرضوا للحادث ولكن لم يؤثر فيهم، وجد أن قيم ف كانت دالة على الحوادث ذوات الأرقام (١، ٤، ١٠، ١١، ١٣، ١٤، ١٥، ١٧، ١٨). وفي الاتجاه نفسه الذي يؤكد أن الذين أفادوا بأن الحادث أثر فيهم تأثيراً كبيراً أظهروا مستوى أعلى من الاضطرابات التالية للصدمة، وتؤكد النتائج السابقة الفرضية القائلة بأن رهافة الحس في مواجهة الحدث تمثل متغيراً ذا قيمة في ارتفاع مستوى الإحساس بالاضطرابات التالية للصدمة، لأن إدراك الفرد للجوانب التهديدية للحادث الصدمي يصحبه نشاط عقلي يرتد إلى الذات في محاولة لتقييم المصادر الشخصية والإحساس بالضعف في مواجهة ذكرى الحادث أو أحداث أخرى، وتتفق هذه النتائج مع ما طرحه لازاروس (Lazarus,1966) من أهمية هذا المتغير عاملاً مهيئاً لحدوث فروق بين الأفراد في استجاباتهم للأحداث الصدمية أو ذكراها، ومع ما توصلت إليه دراسات لاحقة



(Serensen et at.,1987)، كما يفرض نوعاً من الاختلاف في أســـاليب العلاج من الاضطرابات التالية للصدمة وفق التصنيف القائم على هـــذا المتغير، وكذلك استراتيجيات التقدم.

ولتعرف دور العوامل المتعلقة بالحدث الصدمي وأثرها الاضطرابي من حيث استثارتها لمشاعر احتمال فقدان الحياة أو الخوف أو العجز عـن التصرف حُسبت الفروق بين المتوسطات بالنسبة لتلك المشـــاعر وفـــق التصنيفات التي سبقت الإشارة إليها، وهي مصدر الحـــادث الصدمـــي (طبيعي/ بشري) وآثاره (مباشرة/ غير مباشرة) واستخرجت قيمـــة ت لدلالة تلك الفروق، الجدول رقم (١٥).

وقد أكتفي ببعد واحد (تهديد الحياة) على أساس التطابق شـــبه التام بين الأبعاد الثلاثة الذي سبقت الإشارة إليه في بداية تحليل النتائج.



جدول رقم (١٥)

يُشير إلى قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات في الأثر الاضطرابي للحدث

وفق تصنيف المصدر والأثر

البيان	ن	م	ع	ت
طبيعي	٦٢٦٨	٢,٤٩٠	٣,٢٧٦	٦٥,٧٩***
بشري	٦٢٦٨	٥,٨١٥	٤,٤٩٢	
مباشر	٦٢٦٨	٥,٠٥٤	٤,٨٥٥	٦٣,٤١***
غير مباشر	٦٢٦٨	٣,٢٥١	٢,٩٠٧	

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة ت دالة إحصائياً، مما يؤكد وجود فروق جوهرية بين المجموعتين لصالح الأعلى متوسطاً. ومن ثم فإنه من الواضح أن الاضطرابات النفسية تزداد لدى الأفراد عندما يكون مصدر الحادث الصدمي بشراً مثلهم، في حين يعدون الأحداث الطبيعية خالصة في تصنيف القضاء والقدر، ويتفق ذلك مع الدراسات التي أشارت إلى أن الحوادث الصدمية المُتَعَمَّدة من البشر تكون على قمة تصنيف الحوادث المؤدية إلى اضطرابات العميقة والمزمنة، وذلك إذا صُنفت تلك الحوادث على معيار المصدرية؛ (Green,1993). كما تُشير



الفروق بين الأحداث ذات الأثر المباشر والأخرى ذات الأثر غير المباشر إلى قدرة الأُولى على استثارة مشاعر اضطرابية أكبر من الثانية، مما يتفق مع التوقعات النظرية. فمن المتوقع أن الحادث المهدد للحياة بصورة مباشرة يزيد من آثار الصدمة حجماً وعمقاً واستمرارية؛ (Green,1993). وإذا ما نظرنا إليها من خلال نظرية الحفاظ على المصادر (Conservation of resources (COR) فإن التعرض للآثار المباشرة للكارثة يؤدي إلى احتمالات أكبر لفقدان "المصادر الشخصية" ويكون تهديده أبعد أثراً، ويتمثل ذلك الأثر المباشر بعلاقة الحدث بالكليات الواردة في مقاصد الشريعة الإسلامية (الدين والنفس والعقل والمال والنسل)، وكلما التصقت هذه الجوانب بالذات كان الفرد أكثر تأثراً، وجدير بالذكر أن هناك احتمالات التباين في ذلك الأثر إذا ما أدخلنا متغير العمر الزمني، فمن المحتمل أن تختلف هذه النتيجة إذا قارنا بين الراشدين الذين يعولون ذرية ضعافاً حين يمسهم الضُّر وبين شباب ولايتهم على أنفسهم، أو كبار السن الذين يرون في بعض تصرفات من يليهم تخلياً وانحساراً؛ (Green&Solomon,1995).



ويشير حجم معاملات الارتباط الذي ورد في الجدول رقم (١٦) إلى أن أعلى معاملات الارتباط جاءت بين المتغيرات المتعلقة بالحدث من حيث المصدرية (طبيعي/ بشري) ومن حيث الأثر (مباشر/ غير مباشر) وبين متغير "رهافة الحس" من جهة الضحية. وإذا رجعنا إلى مفهوم "رهافة الحس" في الدراسة الحالية باعتباره ارتفاع مستوى إدراك الفرد بأن الحدث الصدمي كان مصدر تهديد للحياة، فإن تلك النتائج تتفق مع ما أوردته الدراسات الغربية في مقام التفرقة بين الكوارث الطبيعية والحوادث البشرية من أن حجم التأثر بالكارثة يعتمد على مقدار القصدية فيها والقدرة على التحكم في نتائجها باعتبار ذلك عاملاً هاماً في تصور السلوك الوقائي، (Brun,1992). وكلّما كانت نوعية الحدث الصدمي مرتبطة بتصنيف الفرد لها من حيث التوقع كان السلوك الوقائي تجاهها أقوى إعداداً، ويلجأ الفرد إلى إرجاع ضخامة الأثر فيها إلى العنصر البشري (الإهمال/ التجاهل)، ومن ثم فإن إدارة الأزمات المتعلقة بالأحداث الصدمية سوف تأخذ العامل البشري والسلوك الوقائي عملاً مؤثراً في تحديد المسؤولية أو إلقاء التبعة في ضخامة الأثر أو حدته؛ أي أن نسبة العزو attribution في مجال الكوارث تنحاز بصورة رئيسية تجاه



الفعل البشري بصورة مباشرة في تلك الحوادث التي تصدر عن البشر وبصورة غير مباشرة في تلك الكوارث التي تنسب إلى "الطبيعة" وأن ما يصيب الإنسان من آثار اضطرابية تالية للصدمات يرجع أساساً إلى أخطائه تجاه نفسه أو تجاه الغير، وينبني على ذلك أن التدخل الوقائي الذي يمكن أن تقوم به الجهات المسؤولة بالنسبة إلى الكوارث يمكن أن يعتمد أساساً على استثارة دور الأفراد في منع هذه الكوارث أو الحد من آثارها باعتبار ذلك مسؤولية فردية وجماعية ومجتمعية.

وحين نتناول بالتحليل النتائج السابقة لكي نتعرف أي المتغيرات التي تعرضت لها الدراسة يقوم بدور أكثر أهمية من غيره في التنبؤ بحدوث الأثر الاضطرابي فإنه من الممكن ترتيب تلك المتغيرات على سلم تدريجي من خلال تحليل الانحدار المتدرج. وقد حسبت معاملات الارتباط بين المتغيرات الشخصية و"الحديثة"؛ الجدول رقم (١٦).



جدول رقم (١٦)

يشير إلى معاملات الارتباط بين أحاسيس الاضطرابات التالية للصدمة

G PTSD ومتغيرات الدراسة الرئيسية

المتغير	نشري	مباشر	غير مباشر	رهافة الحس	الحس	التعليم	العمر	المهنة	G PTSD
طبعي	**٠,٥٠٦	**٠,٧٠٠	**٠,٧٣٨	**٠,٧٥٠	*٠,٣٩-	٠,٠٠٥	٠,٠٢١-	*٠,٠٣٤	**٠,٢١٧
نشري	١,٠٠٠	**٠,٨٨٥	**٠,٦٣٦	**٠,٨٩١	٠,٠١٢-	**٠,٠٨٠	**٠,١٥٧	**٠,١٤٢-	**٠,٢١٢
مباشر		١,٠٠	**٠,٤٨٨	**٠,٨٧٦	**٠,٠٦٢-	٠,٠١٥	**٠,٠٨٤	**٠,٠٧٩-	**٠,١٨٣
غير مباشر			١,٠٠	**٠,٧٥٩	*٠,٠٤١	**٠,٠٩١	**٠,٠٧٨	**٠,٠٤٨-	**٠,٢٦٦
رهافة الحس				١,٠٠	٠,٠٠٤	**٠,٠٧٧	**٠,١٣١	**٠,١١٢-	**٠,٢٥٧
الحس					١,٠٠	٠,٠٠٥	**٠,٠٩٢-	٠,٠١٣	**٠,٢٥٧
التعليم						١,٠٠	**٠,٢٨٥	**٠,١١٦-	**٠,٠٩٥
العمر							١,٠٠	**٠,٧٩٢-	**٠,٠٧٥
المهنة								١,٠٠	**٠,١٠٨
G PTSD									١,٠٠

وبالنظر إلى دلالة معاملات الارتباط نجد أن غالبيتها دالـــة وذات وجهة تتفق مع النتائج السابقة، واستخدام تحليل الانحدار المتعدد تلخيصاً لتلك النتائج واستخلاصاً للعلاقة الخطية المحتملة بـــين هـــذه المتغـــيرات وتعرّف إمكانية التنبؤ بحدوث الاضطرابات التالية للصدمة ودرجتها بنـاء على المتغيرات المطروحة، الجدول رقم (١٧).



جدول رقم (١٧)

يشير إلى معاملات الانحدار المتدرج وفق معاملات الارتباط

المتغيرات الداخلة	مربع معامل الارتباط R^2	مقدار التغير في R^2	معامل الانحدار B	معامل بيتا
غير مباشر	٠,٠٧		٠,٥١٦	٠,٢٦٦
غير مباشر			٠,٤٩٦	٠,٢٥٦
الجنس	٠,١٣٢	٠,٠٦١	٢.٧٨٨	٠,٢٤٧
غير مباشر			٠,٥٠٨	٠,٢٦٢
الجنس			٢,٧٦٧	٠,٢٤٥
المهنة	٠,١٤٥	٠,٠١٣	١,٣٨٧	٠,١١٧
غير مباشر			٠,٢٥٨	٠,١٣٣
الجنس			٢,٨١٧	٠,٢٤٩
المهنة			١,٥٣٨	٠,١٣٠
رهافة الحس	٠,١٥٧	٠,٠١٢	٠,٢٣٤	٠,١٧٠
غير مباشر			٠,٢٤٣	٠,١٢٥
الجنس			٢,٨١٤	٠,٢٤٩
المهنة			١,٦٥٢	٠.١٣٩
رهافة الحس			٠,٢٣٤	٠,١٧٠
التعليم	٠,١٦٥	٠,٠٠٧	٠,٨٨	٠,٠٨٥

Converted by Tiff Combine - (no stamps are applied by registered version)



تشير بيانات الجدول السابق إلى أهمية أثر المتغيرات الواردة بـــه في توقع الإصابة بالاضطرابات التالية للصدمة عند تخليصها من التداخـــلات الارتباطية فيما بينها. وبالنظر إلى قيم بيتا يمكن تحديد الأهميـــة النســـبية لكل من المتغيرات حسب دخولها في معادلة الانحدار، وكذلـــك مـــن خلال حساب مقدار التغير في مربع معامل الارتباط باعتباره دالاً علـــى التداخل المحتمل السابق الإشارة إليه. ووفق قيمة معامل الارتبـــاط بـــين الاضطرابات التالية للصدمة (متغير تابع) والمتغيرات الوصفيـــة المحـــددة لسمات الحدث/ الضحية (متغير مستقل) أُدخل متغير الأثر غير المباشـــر للحادث باعتباره أقوى المتغيرات ارتباطاً بالآثار الاضطرابية، وتلاه متغـير الجنس، وبلغت قيمة التغير في مربع معامل الارتباط (٠,٠٦١) وهـــي أعلى قيم التغير الواردة في الجدول، مما يشير إلى أن هذا المتغير (الجنـــس) يعطينا مؤشراً هاماً على الارتباط بينه وبين المتغـــير التـــابع (G PTSD) ويزودنا بمعلومات أكثر أهمية من غيره من المتغيرات المستقلة الـــواردة في معادلة الانحدار، بمعنى أن الجنس عامل له دوره الهـــام في تحديـــد أثـــر الاضطرابات التالية للصدمة، أي أن الإناث أكـــثر تـــأثراً بـــالأحداث الصدمية بصفة عامة، وخاصة تلك التي لها أثر غير مباشر، وقد يحتـــاج



ذلك إلى تفسير بيولوجي أو اجتماعي وهو ما لا يدخل في نطاق مناقشة تلك النتائج، ولكن على سلم أولويات التدخل الإرشادي والعلاجي تأتي مجموعة الإناث اللاتي يعانين من اضطرابات صدمية نتيجة تعرض الملاصقين لهم للكارثة. ومع تدرج إدخال المتغيرات تأتي المهنة ورهافة الحس ومستوى التعليم متغيرات متتالية في أهمية أثرها عند التنبؤ بحدوث الاضطرابات التالية للصدمة أو اختزانها والقدرة على استعادتها وإدراكها، وكل هذه المتغيرات خاصة بالفرد "الضحية"، وتتوافق هذه النتائج مع ما ورد في القسم الأول من هذه الدراسة نظرياً وإحصائياً حيث تشير معاملات الانحدار ومقدار التغير في مربع معامل الارتباط إلى أن الموظفين والأعلى في مستوى التعليم والأكثر في رهافة الحس تجاه الصدمات هم أعلى الفئات تأثراً. وتعد تلك النتيجة أساساً قوياً لتوجيه برامج إرشادية وعلاجية إلى قيادات العمل في المجالات المختلفة خاصة الذين يتعرضون لكوارث طبيعية أو بشرية؛ أي أن النزول إلى القاعدة الشعبية في تقديم الخدمات الإرشادية والرعاية الوقائية والممارسات العلاجية يجب ألا يفقدنا الحس بأهمية توجيه مثل هذه البرامج إلى الفئات الأعلى على السلم الوظيفي والتعليمي، وتجدر الإشارة هنا إلى



أن تلك النتائج لا تعني بالضرورة -من منظور عكسي- أن تلك الفئات عادةً من الإناث، ولكن استقراءنا للنتائج يشير إلى أن الموظفات مرهفات الحس الأعلى في مستوى تعليمهن يحتجن إلى دعم اجتماعي ونفسي عند تعرضهن بصورة غير مباشرة إلى كارثة أو حادث مفجع أكثر من غيرهن.



خلاصة وتوصيات

لهذه الدراسة ثلاثة مرامٍ رئيسية:

أولاً: جمع معلومات عن مقدار انتشار الاضطرابات التالية للصدمات والمشكلات النفسية المتعلقة بها بين شريحة هامة من شرائح المجتمع الكويتي، خاصة في مرحلة ما بعد التحرير.

ثانياً: إعطاء وصف لمشاعر الاضطرابات التالية للصدمات في مجتمع مدني (لم يشارك أفراده في ساحة القتال أو المقاومة) وإلقاء الضوء على جانب هام من الصدمات المباشرة وغير المباشرة التالية للكوارث المادية أو النفسية سواء كانت من صناعة البشر أو نوازل القدر.

ثالثاً: تعرف علاقة هذه الاضطرابات ببعض المتغيرات الوصفية (الديموغرافية) من حيث وجودها أو حدة آثارها.

وتُمثل هذه المرامي الثلاثة خطوة في طريق خطة طويلة الأمد متعددة الأبعاد بعيدة النظرة للقيام بمسح ميداني قومي، يشمل جميع أفراد



المجتمع، تُمثل نتائجه قاعدة أساسية لاتخاذ قـرارات الوقايـة والعـلاج والتنمية، وتصنيف البرامج المؤسسة على تلك القرارات.

ويتطلب تحقيق هذه المرامي دراسة واسعة المـدى ذات تصميـم بحثي دقيق في انتقاء العينة، وتحديد مواصفاتها، واختيار الأداة، وأُسـلوب جمع البيانات وغيرها من الإجراءات؛ بالإضافة إلى تحديد متغير الدراسـة الرئيسي "الاضطرابات التالية للصدمة PTSD". ولكن أهميـة الدراسـة والاعتبارات العملية للنتائج وأهميتها لصانعي القرار مكنت من القيام بهـا في صورتها الحالية دراسة استطلاعية، يمكن توسيع حدودها في دراسـة لاحقة أكثر عمقاً واتساعاً، ويمكن تحديد تصور الدراسة (أو الدراسات) المستقبلية من خلال مدارسة هذه الحدود. وتجدر الإشـارة هنـا إلى أن الدارسين في مجال الصدمات والاضطرابات التالية لها تعرّفـوا القصـور الذي يشوب المناهج البحثية التقليدية في تقديم حلول واقعيـة متكاملـة لأبعاد الظاهرة وذلك لاعتماد هذه المناهج على المناهج الكمية في مقاربة ظاهرة متعددة الأبعاد، وتؤثر فيها عوامل عدة متقاطعة، ولذا فقد يكـون من المناسب استخدام منهج تكاملي يجمـع بـين الأسـاليب الكميـة والأساليب النوعية لتجمع بين الخصـائص العامـة للظـاهرة وفـهم



خصائصها الفريدة والفردية بنوعياتها المختلفة، فنصل إلى صورة واقعية مفيدة تجمع بين الدقة والشمول. ونتطرق في مناقشة هذه النتائج إلى توضيح بعض التحديات العلمية المتعلقة بدراسة الاضطرابات التالية للصدمة في المجتمع بعموميته والخروج عن الإطار الضيق الذي يحدده حجم المترددين على العيادات الاختصاصية أو غيرها من الجهات طلباً للعلاج إلى رحابة المجتمع بأفراده الذين لم يطرقوا سبيلاً للعلاج وإن عرفوا حاجتهم إليه. ويضطلع القائمون بهذا النوع من الدراسات بتقدير مدى ذيوع الإحساس بتلك الاضطرابات، وتحديده بصفته مَعْلماً يتسم بالصدق الظاهري لأبعادها "الوبائية". ويمثل تعميم تلك الدراسات تحدياً خاصاً للدارسين يجعل من الصعب وجود دراسة شاملة للأبعاد المتعلقة بالموضوع، ويرى ريتشاد كولكا ورفيقه وليام شيلنجر (Kulka&Schlenger,1993) أن هناك أربع مشكلات رئيسية تواجه المضطلعين بهذا النوع من الدراسات هي:

١. تحديد مجتمع الدراسة واختيار العينة الممثلة.

٢. تحديد مجموعات المقارنة.



٣. تحديد الحالات.

٤. تجميع البيانات الشاملة.

إن توسيع دائرة البحث أو إجراءات الدراسات المسحية يشكّل صعوبة في اختيار أدوات القياس والتحقق من صدق الإجابات عنها، فأدوات القياس -حتى الجمعية منها- تحتاج إلى التنوع والشمولية اللتين يمكن أن تؤثر في صدقها النظري أو تناسقها الداخلي، كما أن استخدام المؤشرات البيئية للدلالة على وجود هذه الاضطرابات يحتاج إلى أدلة مقنعة موضوعية، نستطيع من خلالها عزو هذه المؤشرات أو تلك الظواهر إلى وجود الاضطرابات أو اعتبارها مظهراً لها. كما أنه من الصعب التوقع الصادق بأن الأفراد الذين تمنعوا عن الذهاب إلى المؤسسات العلاجية لن يحجموا عن الاستجابة لأسئلة تتعلق بمعاناتهم التي فضلوا الاحتفاظ بها. ويطرح كولكا وشيلنجر مثالين عن المهمة "المستحيلة" في دراستين الأولى قام بها مجموعة من الباحثين (Ross,Fisher&Willis,1986) تناولت أحوال المشردين في شيكاغو، وكيف تطلب هذا البحث مقابلة نوعيات مختلفة تقطن المناطق العشوائية في المدينة في أوقات تمتد بين منتصف الليل والصباح الباكر، وأخرى



تناولت تحديد نسبة المصابين بفيروس (HIV) المؤدي إلى مرض نقص المناعة المكتسب AIDS، وما يحتاجه الباحثون من تجميع عينات دم تصل إلى ٥٠,٠٠٠ من الرجال والنساء وما يحيط بها من مخاطر. ويسرد ريتشاد كولكا الصعوبات التي واجهته هو ورفاقه في دراسة وطنية هدفت إلى التحقق من أشكال التوافق للمحاربين القدامى في حرب فيتنام National Vietnam Readjustment Study (NVVRS) (Kulka et al.,1990) باعتبارها نموذجاً للدراسات المسحية أو البحوث الميدانية الخاصة بتعرف الاضطرابات التالية للصدمات ومقدار انتشارها بين المحاربين القدماء في حرب فيتنام، أرجعها تفصيلاً إلى المشكلات الأربع السابق الإشارة إليها.

وتُمثل البيانات الامبريقية الواردة في نتائج الدراسة الحالية -في إطارها التأويلي- قدراً أساسياً مشتركاً من المعرفة القابلة للتعميم، تمكن الأفراد المتعاملين مع الضغوط التالية للصدمة من التعامل الذكي مع التحولات المرضية في الأعراض على المستوى الاجتماعي والنفسي، وهذا التعامل الذكي يعتمد بدرجة كبيرة على المهارات الخاصة بمتخذ القرار والقائم على التنفيذ. والدراسة تشير بوضوح إلى أهمية توجيه



اهتمام من يعمل في مجال الاضطرابات التالية للصدمة على جميع المستويات (الوقاية، التحصين، التشخيص، العلاج) أن يدرك طبيعة هذا "المرض" وأسس التصنيف العلمية لسمات الأفراد "الضحايا" وخصائص الأحداث "الصدمات".

وتمدنا الدراسة الحالية ببيانات وملاحظات وآراء تصف واقع الأحداث الصدمية ذات الطبيعة الانتشارية (الوبائية) في المجتمع الكويتي من جوانب متعددة، ومن ثم تساعدنا على تصور صيغة أساسية -في إطار التنمية المستدامة والمنهج الكلي- للتعامل مع الصدمات، ويمكن أن نطرح في إطار البعدين العلاجي الآتي:

البعد العلاجي:

- الوصول إلى عمق الحدث الصدمي من خلال تعّرف خصائصه وأبعاده والسمات العامة للضحايا.
- تفتيت "الاضطرابات" إلى أبعاد جزئية واستقطاب الجهد العلاجي من خلال الفرد ذاته والمحيطين به، واستخدام



أساليب متعددة ذات طبيعة عقلانية ووجدانية وسلوكية وفق برنامج علاجي مرن.

- إتْباع البرنامج العلاجي ببرنامج متابعة يضمن استمرارية الجهد الذاتي، والانفصال عن العلاج الخارجي، وإمكانية الاندماج في برنامج علاجي للغير.

البعد الوقائي:

- الإرشاد الديني أمر أساسي في إدراك الأسباب وتوضيح القيم وتحويل المشاعر.
- البعد الروحي الذي يضمن الخضوع للمشيئة الإلهية ومسؤولية المؤمن في توقع الصدمة والتعامل معها.
- وجوب أن يشتمل الخطاب الإعلامي تعريف الأفراد بالصدمات وأساليب التعامل معها وكيفية المشاركة في الخدمات المساندة.



- التركيز على إسهام الجمعيات الخاصة (جمعيات النفع العام) في أعمال الوقاية والعلاج من خلال الأنشطة الإرشادية وتقديم الدعم النفسي وأعمال المتابعة.

- تنمية العلاقات الاجتماعية واستثمار القيادات المجتمعية من خلال دورات تنموية.

وفي ضوء ما توصلنا إليه من استنتاجات يمكن القول إن الاعتبارات المتصلة بطبيعة الحادث الصدمي يجب ألا تكون العامل الوحيد في صناعة قرار المؤسسات التنموية والعلاجية في إنشاء برامجها، ويجب أن تأخذ في الاعتبار من الناحية التخطيطية والتنفيذية ما يأتي:

- إنشاء فرق تدخل سريع مدربة على استخدام استراتيجيات مناسبة، تؤكد وقتية التدخل وفنيات التعامل مع الحادث الصدمي وضحاياه.

- تأكيد أثر الدعم الاجتماعي في التناول العلاجي والوقائي.



- تقديم برامج تدريبية أثناء الخدمة للموظفين تتبنى محاور محددة تناسب مستويات المتدربين، في التعامل مع الاضطرابات التالية للصدمة.

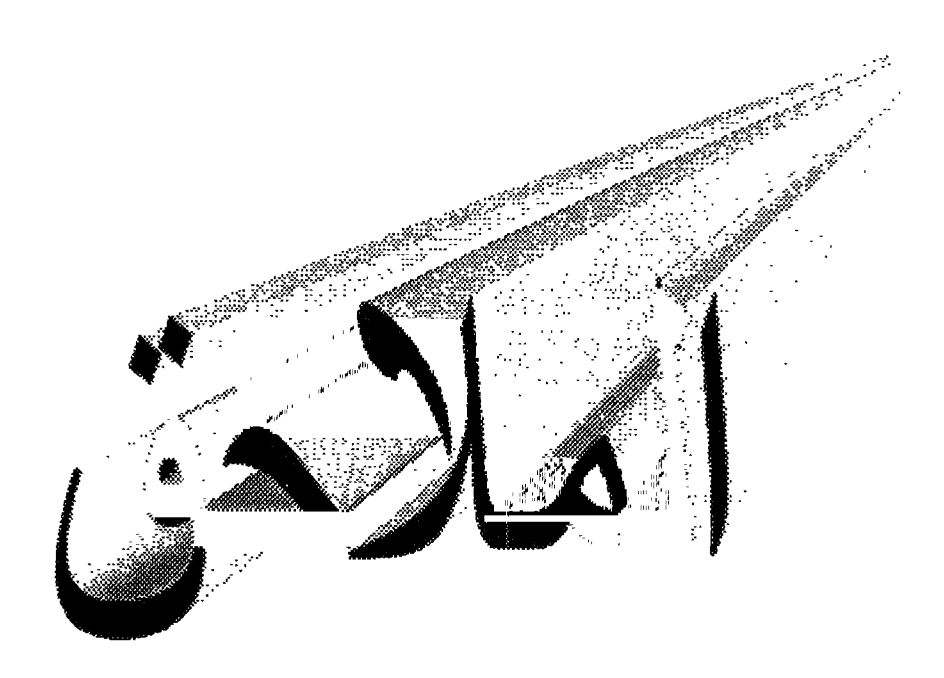
- إدخال مقررات اختصاصية في التعامل مع الاضطرابات التالية للصدمة في مجالات الخدمة النفسية والاجتماعية وكذلك التثقيفية في مجال الإدارة العامة.

- تأكيد أهمية اكتشاف أبعاد الاضطرابات التالية للصدمة وأثر تلك الاضطرابات على شخصية المتعاملين مع الجمهور.

إن الاضطرابات التالية للصدمات بمفهومها الشامل يمكن أن تكون سبباً كامناً لكثير من "الأمراض" الاجتماعية والانحرافات النفسية والسلوكية كما أن طبيعتها الانتشارية تشكل بُعداً قابلاً للدراسة والمتابعة.






الملاحق



ملحق (١)

المحكات التشخيصية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة

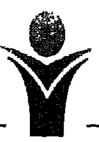
أ. يكون الفرد قد تعرض لحادث صدمي، بحيث يوجد الشرطان التاليان:

١. يكون الشخص قد جرب أو شهد أو واجه حادثاً أو حوادث تتضمن الموت الفعلي أو التهديد أو إصابة خطيرة أو تهديداً للتكامل العضوي للشخص أو الآخرين.

٢. تتضمن استجابة الفرد خوفاً عميقاً وعجزاً أو رعباً.

* ملحوظة: قد يعبر الأطفال بدلاً من ذلك بالسلوك غير المنظم أو المتهيج.

ب. يُعيد الفرد التعبير عن الحادث الصدمي دائماً بطريقة أو أكثر من الطرق التالية:



١. معاودة تذكر الحادث المؤلم وهجومه على الفكر، ويتضمن ذلك التخيلات أو (الصور العقلية Images)، والأفكار، والإدراكات.

٢. أحلام عن الحادث معاودة ومؤلمة.

* ملحوظة: قد يحدث لدى الأطفال أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف إليه.

٣. التصرف أو الشعور كما لو كان الحادث الصدمي يعاود الحدوث (ويتضمن ذلك الإحساس بأن الفرد يعيش الخبرة ثانية، والخداعات، والهلوسات، وفترات من Flash Back المفككة، ويتضمن ذلك ما يحدث في اليقظة أو في حالة النوم.

* ملحوظة: في حالة صغار الأطفال قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة.

٤. ألم نفسي عميق عند التعرض لمؤشرات Cues (هاديات) داخلية أو خارجية ترمز لأحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه.



٥. رد فعل فسيولوجي عند التعرض لمؤشرات أو هاديات داخلية أو خارجية ترمز لأحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه.

ج. تجنب دائم للمنبهات المرتبطة بالصدمة وخدر Numbing للاستجابة العامة (غير موجود قبل الصدمة)، كما يظهر من ثلاثة جوانب أو أكثر مما يلي:

١. جهود لتجنب الأفكار، والمشاعر، أو المحادثات المرتبطة بالصدمة.

٢. جهود لتجنب الأنشطة والأماكن، أو الأشخاص الذين يتسببون في تذكرة الصدمة.

٣. عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من الصدمة.

٤. تناقص ملحوظ في الميول أو الاهتمامات أو في الاشتراك في الأنشطة المهمة.

٥. شعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين أو النفور منهم.



٦. ضيق في من الوجدان (مثال ذلك: عدم القدرة علـــى أن تكون لديه مشاعر الحب).

٧. الإحساس بقصور في المستقبل (مثال ذلـــك: ألا يتوقـــع الشخص أن تكون له مهنة، وأن يـــتزوج ويكـــون لـــه أطفال، أو مدى طبيعي للعمر).

د. أعراض دائمة من التنبيه المتزايد (غير موجود قبل الصدمة)، كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:

١. صعوبة الاستغراق في النوم أو البقاء نائماً.

٢. التهيج أو الانفجارات الغضب (Out Bursts).

٣. صعوبة التركيز.

٤. التيقظ الزائد.

٥. استجابة الأطفال المبالغ فيها.

هـــ. دوام الاضطراب (الأعراض في المحكات "ب"، "ج"، "د") أكـثر من شهر واحد.



و. يتسبب الاضطراب –من الناحية الاكلينيكية– في ألم أو ضيق مرتفع أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو أي مجال آخر مهم.

حدد إذا كان الاضطراب:

حاداً: إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة شهور.

مزمناً: إذا استمرت الأعراض ثلاثة شهور أو أكثر.

حدد إذا كان الاضطراب:

له بداية مؤجلة: إذا بدأت الأعراض بعد ستة شهور على الأقل من الحادث الصدمي.



ملحق (٢)

استطلاع رأي

تعليمات: فيما يلي عدد من الأحداث الصعبة التي يمكن أن يتعرض لها أي شخص، والمرجو منـــك أن تقرأ كل حادث منها، وتضع دائرة على رقم الحادث الذي تعرضت له شخصياً، ابدأ الآن.

الرقم	الحـــادث	إلى أي درجة شعرت بأن الحادث تسبب لك فيما يلي		
		التهديد لحياتك	الخوف	العجز عن التصرف
١	الاختطاف(أو محاولة الاختطاف)			
٢	الوقوع في الأسر			
٣	الاعتداء بالضرب			
٤	الســـــرقة			
٥	كارثة طبيعية (بركان،زلزال..)			
٦	انهيار المسكن وأنت فيه			
٧	التعـــذيـــب			
٨	تفجير إرهابي			
٩	إصابة ناتجة عن مواد كيماوية			
١٠	اعتداء جنســـي			
١١	حادث خطير بالسيارة			
١٢	صدمة كهربائية			



الرقم	الحـــادث	إلى أي درجة شعرت بأن الحادث تسبب لك فيما يلي		
		التهديد لحياتك	الخوف	العجز عن التصرف
١٣	الاشتراك في الحرب أو معايشتها			
١٤	ضياع طفل أو فقده			
١٥	التعرض للغرق			
١٦	حريق بالمترل أو السيارة			
١٧	العدوان العراقــي			
١٨	رؤية حادث مرعب			
١٩	فقدان أحد أعضاء الجسم			
٢٠	محــاولة قتل			
٢١	هجرة إجبارية أو إبعاد			
٢٢	وفاة عزيز نتيجة حادث أو قتل أو انتحار			
٢٣	تعرض للضرب بالرصاص			
٢٤	فقدان الوطـــن			
٢٥	حادث طائرة			
٢٦	خسارة مالية ضخمة			



إذا لم تضع أي دائرة اقلب الصفحة، وإذا وضعت دائرة، اقرأ الحادث أو الأحداث التي وضعت دائـــرة على رقمها، وبين إلى أي حد شعرت بأن هذا الحادث قد سبب لك: التهديد لحيـــــاتك، والخـــوف، والعجز عن التصرف، وذلك باختيار رقم من خمسة، ووضعه في العمود المناسب تبعاً لما يلي:

١	٢	٣	٤	٥
لا	قليلاً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً



أمامك مجموعة من الأسئلة المرجو الإجابة عنها:

١.هل هناك حادث كبير حدث لك و لم يرد في الفقرات السابقة؟ **نعم** **لا**

٢.إذا كانت الإجابة بـ"نعم" فما هو هذا الحادث؟

إذا كانت الإجابة بـ"نعم" فإلى أي حد شعرت أثناء هذا الحادث بأنه تسبب لك فيما يلي:

التهديد لحياتك:	لا	قليلاً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً
الخـــــــوف :	لا	قليلاً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً
العجز عن التصرف:	لا	قليلاً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً

خلال الثلاثين يوماً الماضية، إلى أي حد تنطبق عليك العبارات الآتية:

٣.هل أصيبت انفعالاتك بنوع من الخدر أي فقد الإحساس أو عدم المبالاة؟

لا نادراً أحياناً كثيراً

٤.هل توقفت عن الاهتمام بالناس أو فقدت الاهتمام بالأشياء التي اعتدت الاستمتاع بهـــا؟

لا نادراً أحياناً كثيراً

٥.هل كنت سريع الاستثارة وتفزع بسهولة؟

لا نادراً أحياناً كثيراً

٦.هل أصبحت تنسى عادة أو عندك مشكلات في تركيز الانتبـــاه؟

لا نادراً أحياناً كثيراً

٧.هل لديك مشاكل في النوم؟

لا نادراً أحياناً كثيراً



٨.هل تركز تفكيرك على أحداث مؤلمة؟

لا نادراً أحياناً كثيراً

٩.هل حلمت أحلاماً مزعجة (كوابيس) عن الأحداث الصعبة التي مرت بك؟

لا نادراً أحياناً كثيراً

١٠.هل تجنبت الأماكن أو الأشخاص الذين يجعلونك تتذكر الأحداث الصعبـــة؟

لا نادراً أحياناً كثيراً

المهنة أو التخصص: العمر: عاماً

الجنس (ذكر/أنثى): المنطقة السكنية:

المستوى التعليمـــي: الحالة الاجتماعية:



References:

1. American Psychiatric Association (APA). (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1st Ed.). Washington, DC: Author.

2. American Psychiatric Association (APA). (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd Ed.). Washington, DC: Author.

3. American Psychiatric Association (APA). (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Ed.). Washington, DC: Author.

4. American Psychiatric Association (APA). (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.). Washington, DC: Author.

5. Basoglu, M. & Mineka, S. (1992). The Role of uncontrollable and unpredictable stress in posttraumatic stress responses in torture survivors. In M. Basoglu (ed.) Torture & its consequences : Current treatment approaches (pp. 182-225). Cambridge : Cambridge University.

6. Baum, A. (1988). Disasters, natural & otherwise. Psychology Today, 4, 57-60.

7. Baum, A., Fleming, R. & Davidson, L. (1983). Natural Disaster and Technological catastrophe. Environment and behaviour, 15, 333-354.



8. Baum, A., Solomon, S., Ursano, R. (et al) (1993). Emergency/Disaster Studies : Practical, Conceptual, and methodological issues. In J.P. Wilson & B. Raphael (eds). International handbook of traumatic stress syndrome (pp. 125-144). New York : Plenum Series.

9. Bennet, G. (1970). Controlled survey of effects on health of local community disaster. Brit. Med. J., 3, 454-458.

10. Berren, M., Beigel, A. & Barker, G. (1982). A typology for the classification of disasters : Implications for invention. Community Mental Health Journal, 18, 120-134.

11. Blake, D.D., Albano, A.M., & Keane, T.M. (1992). Twenty years of trauma : Psychological abstract 1970-1989. Journal of Traumatic Stress, 5(3), 477-484.

12. Bolin, R.C. (1982). Long term recovery from disaster. Boulder : University of Colorado Institute of behavioural science.

13. Breslau, N. & Davis, G.C. (1987). Posttraumatic stress disorder : The etiological specificity of wartime stressors. American Journal of Psychiatry, 144, 578-583.

14. Breslau, N.; Davis, G.C.; Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of General Psychiatry, 48, 216-222.



15. Bromet, E.J. & Schulberg, H.C. (1986). Epidemiological findings from disaster research. In R.E. Hales & A.J. Frances (eds.). Psychiatric Update. American Psychiatric Association Annual Review (Vol. 7). Washington, DC : American Psychiatric Press.

16. Brun, W. (1992). Cognitive components in risk perception :Natural versus manmade risks. Journal of Behavioral Decision Making, 5, 117-132.

17. Burke, J.D., Jr.; Moccia, P.; Borus, J.F. and Burns, B.J. (1986). Emotional distress in fifth grade children ten months after a natural disaster. J. Am. Acad. Child Psychiat., 25, 536-541.

18. Collins, N. et al (1953). Social support in pregnancy : Psychological correlates of birth outcomes and post-partum depression. Journal of Personality and Psychology, 65(6), 1243-1258.

19. Cowan, M.E. & Murphy, S.A. (1985). Identification of post disaster bereavement risk predictors. Nurs. Res., 34(2), 71-75.



20. Davidson, J.R.T.; Swartz, M.S.; Storck, M.; Krishnan, K.R.R. & Hammett, E.B. (1986). A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry, 142, 121-123.

21. Eisenbruch, M. (1991). From posttraumatic stress disorder to cultural bereavement : Diagnosis of southeast Asian refugees. Social Science Medicine, 33(6), 673-680.

22. Foa, E.B.; Steketee, G. & Olasov-Rothbaum, B. (1989). Behavioral-Cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. Behaviour Therapy, 20, 155-176.

23. Foy, D.W.; Osato, S.S.; Houskamp, B.M. & Neumann, D.A. (1993). Etiology of posttraumatic stress disorder. In P.A. Saigh (ed.) Post-traumatic stress disorder : A Behavioral approach to assessment and treatment (pp. 28-49). New York : Pergamon Press.

24. Freedy, J.R. & Donkervoet, J.C. (1995). Traumatic stress : An overview of the field. In J.R. Freedy & S.E. Hobfoll (eds.). Traumatic stress : From theory to practice (pp. 3-28). New York : Plenum Press.



25. Freedy, J.R.; Kilpatrick, D.G. & Resnick, H.S. (1993). Natural disasters and mental health : Theory, assessment and intervention. Journal of Social Behaviour and Personality, 8(3), 49-103.

26. Fritz, C.E. & Marks, E.S. (1954). The NORC studies of human behaviour in disaster. Journal of Social Issues, 10, 26-41.

27. Gibbs, M.S. (1989). Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology : A Review. Journal of Traumatic Stress, 2, 489-514.

28. Gleser, G.; Green, B.L. & Winget, C. (1981). Prolonged psycho-social effects of disaster : A study of Buffalo Creek, New York : Academic Press.

29. Gordon, R. & Wraith, R. (1993). Responses of children and adolescents to disaster. In J.P. Wilson & B. Raphael (eds.). International handbook of traumatic stress syndromes. (pp. 562-576). New York : Plenum Press.



30. Green, B. (1982). Assessing levels of psycho-social impairment following disaster : Consideration of Actual and methodological dimensions. Journal of Nervous and Mental Disease, 17(9), 544-552.

31. Green, B.L. (1993). Identifying survivors at risk : Trauma and stressors across events. In J.P. Wilson & B. Raphael (eds.). International handbook of traumatic stress syndromes. Pp. 135-144). New York : Plenum Press.

32. Green, B.L. & Solomon, S.D. (1995). Natural and technological disasters. In J.R. Freedy & S.E. Hobfoll (eds.). Traumatic stress : From theory to practice (pp. 163-180). New York : Plenum Press.

33. Hansson, R.O.; Noulles, D. & Bellovick, S.J. (1982). Knowledge, warning and stress : A study of comparative roles in an urban floodplain. Environ. Behav., 14, 171-185.

34. Helzer, J.E.; Robins, L.N. & McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population : Findings of the epidemiologic catchment area survey. New England Journal of Medicine, 317, 1630-1634.



35. Horowitz, M.J. (1976). Stress response syndromes. New York : Aronson, Inc.

36. Huerta, F. & Horton, R. (1978). Coping behaviour of elderly flood victims. The Gerontologist, 18(6), 541-546.

37. Jacobs, G.A.; Quevillon, R.P. & Stricherz, M. (1990). Lessons from the aftermath of flight 232 : Practical considerations for the mental health profession's response to air disasters. American Psychologist, 45(12), 1329-1335.

38. Jordon, B.K.; Schlenger, W.E.; Hough, R.; Kulka, R.A.; Weiss, D.; Fairbank, J.A. & Marmar, C.R. (1991). Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. Archives of General Psychiatry, 48, 207-217.

39. Keane, T.M.; Zimmering, R.T. & Caddell, J.M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. The Behaviour Therapist, 8, 9-12.



40. Kilpatrick, D.G.; Edmunds, C.N. & Seymour, A.K. (1992). Rape in America : A report to the nation. Arlington, VA: National Victim Centre and Medical University of South Carolina.

41. Kilpatrick, D.G.; Saunders, B.E.; Veronen, L.J.; Best, C.L. & Von, J.M. (1987). Criminal victimization : Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. Crime and Delinquency, 33(4), 479-489.

42. Kilpatrick, D.G. & Resnick, H.S. (1993). Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In J.R.T. Davidson & E.B. Foa (eds). Posttraumatic stress disorder in review : Recent research & future directions (pp. 113-146). Washington, DC : American Psychiatric Press.

43. Kinzie, J.D.; Sach, W.H.; Angell, R.H.; Clark, G. & Ben, R. (1989). A three-year follow-up of Cambodian young people traumatized as children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 501-504.

44. Krause, N. (1987). Exploring the impact of a natural disaster on the health and psychological well-being of older adults. Journal of Human Stress, 13, 61-69.

45. Kuch, K.; Swinson, R.P. & Kirby, M. (1985). Posttraumatic stress disorder after car accidents. Canadian Journal of Psychiatry, 30, 426-427.



46. Kulka, R.; Schlenger, W.; Fairbank, J.; Hough, R.; Jordan, B.; Marmar, C. & Weiss, D. (1990). Trauma and the Vietnam war generation.

47. Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York : McGraw-Hill.

48. Lazarus, R.S. & Laurier, R. (1978). Stress related transactions between persons and environment. In L.A. Pervin & M. Lewis (eds.). Perspectives in interactional psychology. New York : Plenum Press.

49. Leopold, R.T. & Dillon, H. (1963). Psychoanatomy of a disaster : A long term study of posttraumatic neuroses in survivors of a marine disaster. Am. J. Psychiat., 19, 913-921.

50. Lomranz, J.; Hobfoll, S.E.; Johnson, R.; Eyal, N. & Zemach, M. (1994). A nation's response to attack : Israelis' depressive reactions to the Gulf war. Journal of Traumatic Stress, 7(1), 55-59.

51. Maslow, A.H. (1970). Motivation and personality, (2nd Ed.). New York : Viking.

52. Milgram, R.M. & Milgram, N.A. (1976). The effect of the Yom Kippur war on anxiety level in Israeli children. J. Psychol., 94, 107-113.

53. Mowerer, O.H. (1960). Learning theory and behaviour. New York : John Wiley & Sons.



54. Murphy, S. (1986). Health and recovery status of victims one and three years following a natural disaster. In C.R. Figley (Ed.). Trauma and its wake, Vol. II (pp. 133-155). New York : Brunner-Mazel Publishers.

55. Norris, F. (1990). Screening for traumatic stress : A scale for use in the general population. Journal of Applied Social psychology, 20, 1704-1718.

56. Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma : Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(3), 409-418.

57. Ochberg, F.M. (1993). Posttraumatic therapy. In J.P. Wilson & B. Raphael (eds.). International handbook of traumatic stress syndrome (pp. 773-784). New York : Plenum Series.

58. Hendick, D.G. & Hoffman, M. (1982). Assessment of psychological reactions on disaster victims. J. Commun. Psychol., 10, 157-167.

59. Pagely, M., et al. (1990). Psychosocial influence on newborn outcomes : A controlled prospective study. Social Science and Medicine, 30(5), 597-604.

60. Patrick, U. & Patrick, W.K. (1981). Cyclone 1978 in Sri Lanka – The mental Health trail. Brit. J. Psychiat., 138, 210-216.



61. Perry, R. & Lindell, M. (1978). The psychological consequences of a natural disaster : A review of research on American communities. Mass Emerg., 3, 105-111.

62. Pitman, R.K. (1993). Biological findings in posttraumatic stress disorder : Implications for DSM-IV classification. In J.R.T. Davidson and E.B. Foa (eds.). Posttraumatic stress disorder : DSM-IV and beyond` (pp. 173-189). Washington, DC : American Psychiatric Press.

63. Price, J. (1978). Some age-related effects of the 1974 Brisbane floods. Austr. New Zeal. J. Psychiat., 12, 55-58.

64. Pynoos, R.S. & Nader, K. (1993). Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents. In J.P. Wilson & B. Raphael (eds.). International handbook of traumatic stress syndrome (pp. 125-144). New York : Plenum Series.

65. Resnick, H.S.; Kilpatrick, D.G.; Dansky, B.S.; Saunders, B.E. & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative sample of women. J. Consult. Clinical Psychol., 61(6), 984-991.

66. Raphael, B. (1986). When disaster strikes : A handbook for the caring professions. London : Hutchinson.

67. Reid, J. (1990). A role for prospective longitudinal investigations in the study of traumatic stress and disasters. Journal of Applied Social Psychology, 20, 1695-1703.



68. Robins, L.; Fischbach, R.; Smith, E.; Cottler, L.; Solomon, S.D. & Goldring, E. (1986). Impact of disaster on previously assessed mental health. In J. Shore (ed.), Disaster stress studies : New methods and findings (pp. 22-48). New York : American Psychiatric Press.

69. Rossi, P.H.; Fisher, G.A. & Willis, G. (1986). The condition of the homeless in Chicago : A reports based on surveys conducted in 1985 & 1986. Amherst, MA : Social and Demographic Research Institute, University of Massachusetts.

70. Rubonis, A.V. & Bickman, L. (1991). Psychological Impairment in the wake of disaster : The disaster-psychopathology relationship. Psychological Bulletin, 109(3), 384-399.

71. Singer, J.E. & Davidson, L.M. (1991). Specificity and stress research. In A. Monat & R.S. Lazarus (eds.)., Stress and coping (pp. 36-47). New York : Columbia University Press.

72. Solomon, S. (1986). Mobilizing social support networks in times of disasters. In C.R. Figley (Ed.), Trauma and its wake (Vol. II), (pp. 232-263), New York : Brunner-Mazel Publishers.

73. Solomon, S.D. & Canino, G.J. (1990). Appropriateness of the DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. Comprehensive Psychiatry, 31, 1-11.



74. Solomon, S.D.; Smith, E.M.; Robins, L.N. & Fischbach, R.L. (1987). Social involvement as a mediator of disaster – Induced stress. J. Appl. Social Psychol., 17, 1092-1112.

75. Sorensen, J.; Soderstrom, J.; Copenhaver, E.; Carnes, S; & Bolin, R. (1987). Impacts of hazardous technology : The psychosocial effects of restarting TMI-1, State University of New York, Albany.

76. Strumpfer, D.J.W. (1970). Fear and affiliation during a disaster. J. Social Psychol., 82, 263-268.

77. Taylor, A.J.W. & Frazer, A.G. (1982). The stress of post-disaster body handling and victim identification work. Journal of Human Stress, 8, 4-12.

78. Titchener, J. (1986). Posttraumatic decline : A consequence of unresolved destructive drives. In C.R. Figley (Ed.), Trauma and its wake (Vol. II), (pp. 5-19), New York : Brunner-Mazel Publishers.

79. Vitaliano, P.P.; Maiuro, R.D.; polton, P.A. & Armsden, G.C. (1987). A psychoepidemiological approach to the study of disaster. J. Commun. Psychol., 15, 99-122.

80. Vogel, W.H. (1985). Coping, stress, stressors and health consequences. Neuropsychobiology, 13, 129-135.

81. White, R. (1986). Lives in progress. New York : Holt.



82. Williams, C.L.; Solomon, S.D. & Bartone, P. (1988). Primary prevention aircraft disasters : Integrating research & practice. American Psychologist, 43, 730-739.

83. Wilson, J.P. (1989). Trauma, transformation and healing : An integrative approach to theory, research and posttraumatic therapy. New York : Brunner-Mazel Publishers.

84. Wilson, J.P.; Smith, WE.K. & Johnson, S.K. (1985). A comparative analysis of various survivor groups. In C.R. Figley (Ed.), Stress disorder (pp. 142-172), New York : Brunner-Mazel Publishers.



The study presents an indepth description of PTSD and its increase parallel with the level of education. Significant differences were proved with the University students showing a higher degree, and the elementary stage students experiencing PTSD to a lesser degree.

It was found that the married people were more effected by PTSD comparison with the single, and widower/widow. The married people showed more sensitivity to the decrease of the reaction level and the loss of interest in people. They tend to avoid things that stimulate the painful events whether it be human or abstract, which at the end will lead to a solitary and a recollection of these events.

People between twenty and twenty-five were at age group that showed effects of PTSD. The study also revealed that psychological disorders upon people increased when the cause of PTSD is a human being.



Abstract

Dealing with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) from psychological, social or educational point of view is one of the main goals of the study. The study also deals with the prevalence of PTSD; its types; effects; the overlapping factors that determine the degree of these effects; the types of psychological, and social problems which are associated with PTSD, and the different strategies of prevention with suitable therapies to end the suffering resulting from PTSD.

The study is not only limited to present the theoretical or empirical data, but it also discusses the process of collecting data relevant to the prevalence of PTSD, and the problems associated with its existence in the Kuwaiti society especially after the liberation, and also assessing the causes for such trauma.

A sample of 6268 people were selected from the total population. The results showed that the main cause for the prevalence of PTSD was the Iraqi aggression followed by the criteria of loosing their country showing a significant difference of 20%.

The study also revealed that students experienced PTSD at a higher rate than the government employees who estimated their sufferings on a lower level; mainly because the life style of these students was suddenly mixed-up with unexpected traumatic events.

TABLE OF CONTENTS



SOCIAL DEVELOPMENT OFFICE
RESEARCH & STUDIES DEPARTMENT

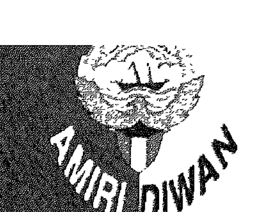
POST TRAUMATIC STRESS DISORDERS

(PTSD)
AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY

1st EDITION
2000



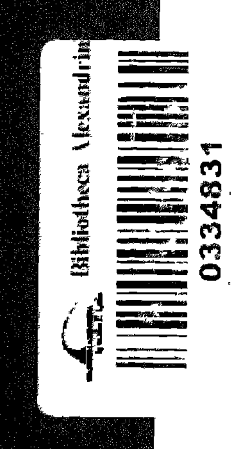




SOCIAL DEVELOPMENT OFFICE
DEPARTMENT OF RESEARCH & STUDIES

POST TRAUMATIC STRESS DISORDER

(PTSD)
AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY



1st EDITION
2000

